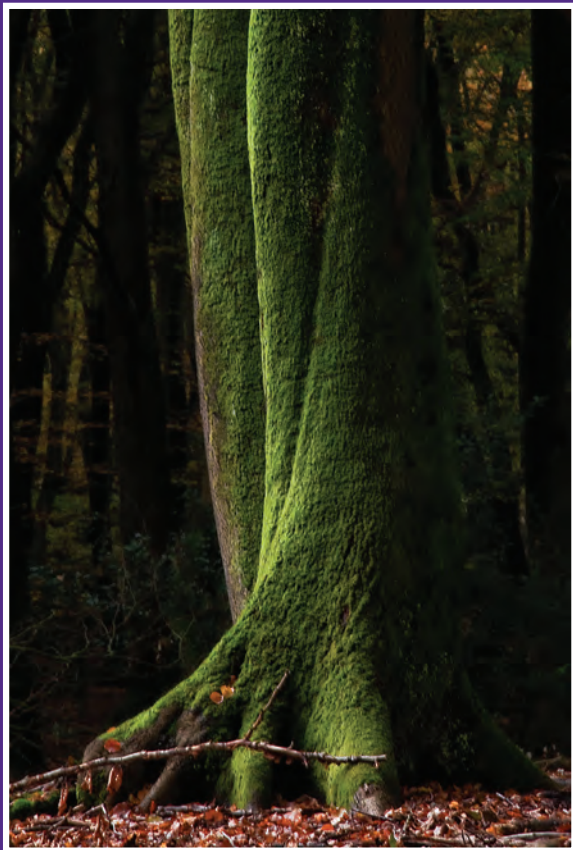




DR. L. BOENDERMAKER

Implementeren is reflecteren

**Evidence based werken en de implementatie
van interventies in de jeugdzorg**



Hogeschool van Amsterdam

Implementeren is reflecteren

*Evidence based werken en de implementatie van
interventies in de jeugdzorg*

Openbare Les

In verkorte vorm uitgesproken op woensdag 18 mei 2011

door

dr. L. Boendermaker

Lector Implementatie in de jeugdzorg aan de Hogeschool van Amsterdam

HVA PUBLICATIES

HvA Publicaties is een imprint van Amsterdam University Press.
Deze uitgave is tot stand gekomen onder auspiciën van de Hogeschool van Amsterdam.

Omslagillustratie: *Met beide benen op de grond*, Peter van den Berg, fotocollectie Hogeschool van Amsterdam

Vormgeving omslag: Kok Korpershoek, Amsterdam

Opmaak binnenwerk: JAPES, Amsterdam

ISBN 978 90 5629 686 5

e-ISBN 978 90 4851 476 2

© L. Boendermaker / HvA Publicaties, Amsterdam 2011

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stb. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, Stb. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

“Ik ben vorig jaar opgeleid als WSART-trainer. WSART is een intensieve groepstraining, bedoeld om agressieve jongeren van 12 tot 18 jaar te leren hun agressie te reguleren om hen zo te behoeden voor criminaliteit. We zijn vorig jaar begonnen en bieden de training aan op de school voor voortgezet speciaal onderwijs die deel uitmaakt van onze organisatie en bij onze naschoolse behandelgroepen. Het lastige is dat je als trainer er zelf voor moet zorgen dat men op de verschillende locaties van de school op de hoogte is van de training, en deelnemers stuurt. We hadden laatst een bijeenkomst met alle trainers en toen merkten we dat het bij elke trainer anders gaat. Sommigen voeren de training uit op school, hebben hele schoolklassen in de training en selecteren dus niet. Anderen draaien een groep met een paar speciaal geselecteerde leerlingen uit een klas of doen de training met jongeren uit een naschoolse behandelgroep. Trainers passen het schema van drie bijeenkomsten per week dan daarop aan. Het is heel frustrerend om te ervaren dat het overall anders gaat en je zelf veel tijd kwijtbent aan het regelen van deelnemers.”

Dit vertelde een medewerker van Altra die deelneemt aan de HvA-master Social Work. Zij heeft in overleg met haar werkgever besloten om voor haar masterthesis onderzoek te doen naar de randvoorwaarden die nodig zijn voor een goede invoering en borging van deze Washington State Aggression Replacement Training (WSART). Zij richt zich daarmee op de implementatie van de training.*

Haar verhaal is niet uniek. Recent onderzoek naar een training voor ouders uit het pakket Ouders van Tegendraadse Jeugd laat een soortgelijke situatie zien. Ook daar bleken medewerkers van de jeugdreclassering die opgeleid waren om aan ouders een training in opvoedingsvaardigheden te geven, veel van hun kostbare trainingstijd kwijt te zijn aan het werven van deelnemers (Boendermaker, Lekkerkerker, Deković, Foolen, & Vermeij, 2010). Ook bij de invoering van gedragsinterventies in het gevangeniswezen – de training cognitieve vaardigheden (COVA), die voor een groot deel overeenkomt met WSART uit het eerder genoemde voorbeeld – bleek dat men enorm veel moeite moest doen om deelnemers in de interventies te krijgen: het aantal deelnemers was in de beginperiode op één hand te tellen (Burik & Persoon, 2008a; Burik & Persoon, 2008b). Voorbeelden als dit wekken de indruk dat instellingen zich bij de invoering van interventies beperken tot het trainen van professionals, zonder dat er daarna aandacht is voor een goede inbedding van een interventie. Onderzoekers op het terrein van de behandeling van gedetineerden wezen ruim tien jaar geleden al op het feit dat implementatie een *forgotten issue* is en veel meer aandacht behoeft (Gendreau, Goggin, & Smith, 1999).

Wetenschappelijke publicaties over de effecten van interventies besteden weinig aandacht aan de mate van implementatie van interventies (Perepletchikova, 2007). In de dagelijkse praktijk is er vooral binnen de goed onderzochte (veelal uit het buitenland afkomstige) interventies aandacht voor implementatie en de uitvoering op de werkvloer. Zo kent de intensieve gezinsinterventie MST (Multi System Therapy) een *site assessment*, een beoordeling om in een organisatie na te gaan of de randvoorwaarden voor een goede implementatie aanwezig zijn. Bovendien kent MST een vijfdaagse training voor therapeuten en supervisors, groeps- en individuele supervisie voor de therapeuten die in gezinnen werken, wekelijkse consultatie over cases, verplichte opfrustrainingen, en feedback op basis van vragenlijsten die ouders en therapeuten invullen over het handelen van de therapeut en de supervisor (Cunningham, Randall, Henggeler, & Schoenwald, 2006). Bij MST is deze manier van werken een jaar of tien geleden ontwikkeld, toen duidelijk werd dat het ‘overplanten’ van de interventie naar een andere locatie dan die van de ontwikkelaar niet probleemloos verliep. Scott Henggeler en zijn team van het Family Services Research Centre aan de universiteit van Charleston (South Carolina, VS) konden de therapeuten op andere locaties niet met dezelfde intensiteit begeleiden als in hun eigen instituut. Op de twee nieuwe locaties waar men aan de slag was gegaan met MST werden de goede uitkomsten uit eerder onderzoek niet herhaald (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 1998). Daarom is er vervolgens serieus werk gemaakt van een systeem voor opleiding, monitoring en evaluatie. Inmiddels begeleidt een aparte (commerciële) organisatie, MST-services, de implementatie van MST overal ter wereld en kennen we ook een MST Nederland (Berger & Boendermaker, 2003).¹

De implementatie van interventies krijgt doorgaans veel minder aandacht dan bij MST het geval is. In Canada beoordeelden onderzoekers van de School of Criminal Justice van de University of Cincinnati inmiddels ruim vierhonderd programma's binnen het gevangeniswezen of de reclassering aan de hand van de door hen ontwikkelde Correctional Programs Assessment Inventory (CPAI). Zij komen tot de conclusie dat 70% van de programma's *not satisfactory* is geïmplementeerd (Lowenkamp, Flores, Holsinger, Makarios, & Latessa, 2010). Ook in Engeland blijkt de implementatie van gedragsinterventies voor (ex-) gedetineerden niet vanzelf te gaan. Daar is hard gewerkt om drie interventies te implementeren binnen het gevangeniswezen en de reclassering. Onderzoek naar de uitkomsten van deze interventies liet teleurstellende resultaten zien, waarop de vraag werd gesteld of dit aan de interventies lag (die in het buitenland wel tot recidivereductie hadden geleid) of aan de implementatie. Het Britse Correctional Services Accreditation Panel is daarom overgegaan tot beoordeling van de implementatie aan de hand van een Implementation Quality Rating (IQR) die in een auditbezoek werd ingevuld. Er werd toen snel

duidelijk dat er maar bij weinig programma's sprake was van een goede implementatie (Goggin & Gendreau, 2006).

In de gezondheidszorg wordt veel gewerkt met richtlijnen. Ook daar blijkt dat richtlijnen niet vanzelf hun weg vinden naar het dagelijks handelen van professionals en dat aandacht voor implementatie nodig is (Hutschemaekers, 2010; Smolders, Laurant, Duin, Wensing, & Grol, 2006). De organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie ZonMw gaf onlangs een boekje uit met ervaringen van implementatiecoaches in de gezondheidszorg. Zij houden zich bezig met de implementatie van richtlijnen (bijvoorbeeld over het handelen bij bepaalde huidaandoeningen of bij bijwerkingen van chemotherapie) en veel van hen vertellen dat de complexiteit van het implementatieproces hen heeft verrast, en specifieke kennis vergt (Linden, Cox, Holleman, & Tol, 2010).

Kortom: implementatie blijkt lastig en er is weinig aandacht voor. Dat heeft directe gevolgen voor de praktijk. Als een interventie niet of gedeeltelijk wordt uitgevoerd kunnen cliënten niet optimaal profiteren van de interventie. En daar gaat het tenslotte om: dat cliënten baat hebben bij de zorg en begeleiding die de jeugdzorg biedt.

In deze les ga ik in op de vraag welke factoren een rol spelen bij implementatie en wat er allemaal bij komt kijken. Ik zal vijf onderwerpen aan de orde stellen. Het werkterrein van het lectoraat betreft implementatie van interventies in de *jeugdzorg*. Ik ga daarom eerst in op de ontwikkelingen in de jeugdzorg. Daarna komt de vraag aan de orde wat nu maakt dat een interventie 'werkt' en vervolgens hoe implementatie er daarom uit moet zien. Als vierde stap in mijn betoog komt aan de orde wat dit betekent voor de praktijk. Daarna ga ik in op de projecten waarin we met de Amsterdamse jeugdzorginstellingen aan de slag zijn om implementatie in de jeugdzorg handen en voeten te geven. Ik zal betogen dat voor implementatie van interventies zowel algemene als specifiek werkzame factoren van belang zijn, dat voor een goede implementatie een helder plan nodig is met voldoende aandacht voor de borging van een interventie en dat dit alles voor professionals betekent dat zij evidence based moeten kunnen werken.

Ontwikkelingen in de jeugdzorg

De jeugdzorg is een ingewikkeld en turbulent werkveld. Er zijn veel verschillende instellingen die zich met zorg voor jeugd bezighouden, elk met eigen financieringsstromen.² Enkele tragische incidenten waarbij kinderen om het leven kwamen en samenwerkingsproblemen tussen instellingen duidelijk werden, zorgden voor (hernieuwde) aandacht voor de kwaliteit, effectiviteit en

efficiency van het huidige jeugdzorgstelsel. Drie ontwikkelingen zijn daardoor in de jeugdzorg aan de orde:

1. Aandacht voor de effectiviteit van de zorg. Om het gebruik van effectieve interventies te stimuleren is de afgelopen jaren een systeem van erkenningen geïntroduceerd. Twee onafhankelijke erkenningscommissies³ beoordelen interventies en erkende interventies worden opgenomen in een landelijke databank. Daarnaast financiert de overheid het beschikbaar maken en verspreiden van kennis over en onderzoek naar effectieve of evidence based interventies en methodieken in het Kennisprogramma Jeugd, dat het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) en Zorgonderzoek Nederland (ZonMw) gezamenlijk uitvoeren. Tot slot zijn instellingen verplicht om informatie over uitkomsten van zorg inzichtelijk te maken aan de hand van prestatie-indicatoren.
2. Aandacht voor professionalisering van medewerkers in de jeugdzorg. Instellingen, opleidingen en beroepsverenigingen hebben in het kader van het landelijke Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg de handen ineen geslagen. Er zijn competentieprofielen opgesteld voor jeugdzorgwerkers en gedragswetenschappers in de jeugdzorg, waarmee opleidingen toekomstige medewerkers gericht gaan opleiden. In de nabije toekomst gaat een beroepsregister van start voor professionals werkzaam in de jeugdzorg, met daaraan gekoppeld tuchtrecht en de verplichting tot na- en bijscholing. Daarnaast hebben de beroepsverenigingen opdracht gegeven om praktijkrichtlijnen te ontwikkelen voor uithuisplaatsing, crisisplaatsing, residentiële zorg, pleegzorg, omgaan met drukke kinderen en omgaan met kinderen met hechtingsproblemen, een gedragsstoornis, autisme of depressie. De richtlijnen moeten praktische hulpmiddelen zijn voor beroepskrachten bij de afwegingen die zij maken in hun werk en zullen gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek, professionele expertise en cliëntvoorkeuren.
3. Herinrichting van het jeugdzorgstelsel. Na de recente evaluatie van de Wet op de jeugdzorg (Baecke et al., 2009), zijn er zowel door de Tweede Kamer (Werkgroep Toekomst Verkenning Jeugdzorg, 2010) als de regering (Ministerie voor Jeugd en Gezin, 2010) voorstellen gedaan om de geconstateerde problemen op te lossen. Op basis daarvan zijn in het regeerakkoord van het kabinet Rutte in 2010 drie maatregelen aangekondigd die de zorg voor jeugd makkelijker toegankelijk moeten maken. Er komt één financieringssysteem voor alle vormen van zorg voor jeugd (jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg, de geestelijke gezondheidszorg voor de jeugd en de zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking). De verantwoordelijkheid voor de jeugdzorg wordt van de provin-

ciale overheid overgedragen aan de gemeenten. En in elke gemeente gaat het Centrum voor Jeugd en Gezin fungeren als toegang tot de zorg.⁴

Bij al deze ontwikkelingen zijn implementatievragen aan de orde. Zonder goede implementatie is er geen sprake van effectieve interventies. Zonder goede professionals is implementatie niet mogelijk en zonder kennis over effectieve interventies en evidence based werken zal ook een heringericht jeugdzorgstelsel onvoldoende effectief kunnen functioneren.

Het lectoraat richt zich op een specifiek onderwerp: de implementatie van interventies. Deze focus is aangebracht op verzoek van de Amsterdamse jeugdzorginstellingen, die samen met de Hogeschool van Amsterdam het initiatief hebben genomen tot dit lectoraat. De meest directe partners van het lectoraat zijn de zes instellingen die participeren in het Netwerk Effectieve Jeugdzorg Amsterdam (NEJA). Het gaat om Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam (BJAA), Spirit jeugd en opvoedhulp, Altra jeugd en opvoedhulp en speciaal onderwijs, MOC 't Kabouterhuis, (een onderdeel van) HVO Querido en de afdeling therapeutische gezinsverpleging van de jeugd-ggz-instelling De Bascule. Door de op handen zijnde veranderingen in de jeugdzorg zal het werkveld voor implementatie van interventies de komende jaren breder worden dan deze zes instellingen. Daarnaast zal de implementatievraag niet beperkt blijven tot interventies. Een flink aantal richtlijnen zal een plek moeten krijgen in het handelen van professionals op de werkvloer. Hoewel veel zaken die ik ga bespreken ook van toepassing zijn op richtlijnen, beperk ik me in deze openbare les tot de implementatie van *interventies* in de jeugdzorg.

Interventies in de jeugdzorg

De term interventies is een verzamelnaam voor projecten, trainingsmethoden, behandel- en begeleidingsvormen, sancties en programma's. Het gaat, aldus de definitie van het Nederlands Jeugdinstituut, om aanpakken:

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

Voorbeelden van interventies zijn trainingen voor ouders, gericht op verbetering van hun opvoedingsvaardigheden ter vermindering van gedragsproblemen bij hun kinderen⁵, trainingen voor kinderen of jongeren in zelfregulatie en probleemoplossende vaardigheden⁶, of meer en minder intensieve gezinsinterventies.⁷

Een *interventie* is daarmee iets anders dan de in de jeugdzorg ook veel gebruikte basismethodieken. Bij dat laatste gaat het om werkwijzen die gericht zijn op cliënten, ongeacht hun specifieke probleem. Doorgaans zijn het aanpakken waaruit een bepaalde ‘basishouding’ of manier van ‘bejegening’ spreekt. Voorbeelden van basismethodieken die in veel jeugdzorginstellingen gebruikt worden, zijn oplossingsgericht werken en competentiegericht werken.

Een essentieel kenmerk van een interventie is de gerichtheid op een bepaalde doelgroep. In de praktijk wordt dit vaak veronachtzaamd (zoals in het voorbeeld van WSART, waar ik deze les mee begon). In een recent onderzoek naar de implementatie van gedragsinterventies door de reclassering, uitgevoerd door het lectoraat Reclassering en Veiligheidsbeleid van Avans hogeschool, uiten medewerkers hun bedenkingen bij de selectie van deelnemers voor interventies. Door selectie kunnen minder reclasseringsklanten meedoen aan een interventie, terwijl zij toch allemaal iets nodig hebben (Vosters & Vogelvang, 2010). Dit uitgangspunt leeft bij veel professionals en is, hoewel begrijpelijk omdat men cliënten wil helpen, beslist onjuist. Interventies zijn ontwikkeld om een bepaald probleem aan te pakken en zijn niet zomaar bij iedereen toe te passen. Uit onderzoek onder plegers van delicten is bekend dat interventies ook averechts kunnen werken. Vooral het inzetten van intensieve residentiële of groepsinterventies bij mensen met een laag recidiverisico pakt verkeerd uit. Juist deze groep blijkt erg gevoelig voor de negatieve invloed van meer ervaren delictplegers en pleegt na deelname meer in plaats van minder delicten (zie bijvoorbeeld Deković, 2010). De keuze van een interventie moet daarom altijd afgestemd zijn op de aard en ernst van de problemen van de persoon in kwestie.

Effectiviteit in de jeugdzorg

Waarom is de aandacht voor effectiviteit en effectieve interventies de afgelopen jaren zo toegenomen? Dit heeft te maken met de wens om kwalitatief goede zorg te leveren en tegelijkertijd doelmatig en doeltreffend gebruik te maken van de beperkte financiële middelen. Kennis over interventies die tot vermindering van problemen leiden, helpt om de gekozen manieren van werken te verantwoorden, het vak te (blijven) ontwikkelen, te positioneren en betaalbaar te houden (Kuiper, Verhoef, Cox, & Louw, 2008; Van Yperen, 2010).

In de jeugdzorg werkt men op twee manieren aan het verhogen van de effectiviteit. Aan de ene kant worden (vaak in het buitenland) zorgvuldig ontwikkelde en onderzochte interventies hier geïmplementeerd (evidence based practice). Aan de andere kant lichten steeds meer instellingen hun aanbod door met gebruik van de kennis die er is over effectieve interventies en verzamelen zij gegevens om de uitkomsten te kunnen beoordelen (practice based evidence).

Evidence based practice

Nationaal en internationaal is het meeste onderzoek gedaan naar interventies bij gedragsstoornissen en/of delinquent gedrag: gedrag dat veel maatschappelijke 'last' veroorzaakt. Daarna volgt onderzoek naar depressieve klachten en angst. Over andere problemen weten we veel minder (Boendermaker et al., 2007). Een relatief klein aantal interventies is onderzocht met een experimentele opzet. Dit is onderzoek waarin deelnemers aan een interventie worden vergeleken met een vergelijkingsgroep die op basis van toeval is gevormd, een zogenaamde Randomized Controlled Trial (RCT). Wanneer in meerdere onderzoeken op deze manier positieve resultaten geboekt worden, spreekt men van een effectieve of evidence based (op wetenschappelijk bewijs gebaseerde) interventie. Van Yperen & Veerman (2008) laten zien dat schattingen over het aantal verschillende interventies dat wereldwijd beschikbaar is, liggen tussen de 500 en 1500. Hiervan is ongeveer één tot vijf procent met een experimenteel design onderzocht. Dit betekent dat er wereldwijd een beperkt aantal interventies is dat zorgvuldig is ontwikkeld en onderzocht. De interventie MST bijvoorbeeld, is gebaseerd op zo'n twintig jaar ontwikkeling en onderzoek. Er zijn ook interventies die op eigen bodem ontwikkeld zijn en vanaf het begin goed onderzocht worden, maar het is een feit dat de onderzoekstraditie op dit punt in eigen land veel minder groot is dan in Amerika.

Vanuit een traditioneel wetenschappelijk perspectief zijn er vijf fasen te onderscheiden in de ontwikkeling van evidence based interventies (Kellam & Langevin, 2003):

1. *Efficacy*: ontwikkelen van de interventie en experimenteel onderzoek, zoals van Henggeler aan de universiteit van Charleston met speciaal door hem getrainde therapeuten.
2. *Effectiveness*: onderzoek in een meer 'reguliere' omgeving.⁸
3. *Sustainability*: onderzoek naar de invoering van de interventie op andere locaties (naar de training en monitoring van de uitvoering).
4. *Going-to-scale*: onderzoek naar implementatie in een regio of land, waarbij het gaat om vragen als: hoe ondersteunen we de uitvoering het beste op een dergelijk grote schaal?

5. *Sustaining systemwide*: waarbij het gaat om vragen als hoe intensief moet de ondersteuning op lange termijn zijn en hoe kan dit gefinancierd worden?

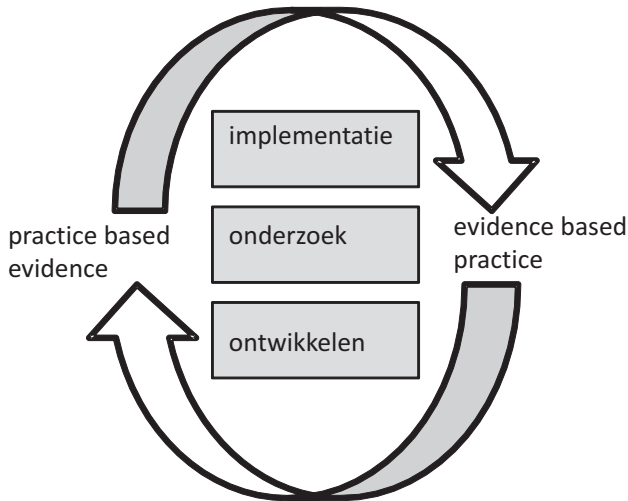
Veel van de evidence based interventies zijn inmiddels beland in fase 4 en 5 (*going-to-scale* en *sustaining systemwide*). Zo is het positief opvoedprogramma (Triple P) in veel landen geïmplementeerd, waaronder hier in Nederland en in de Stadsregio Amsterdam. Ook kent ons land een door het ministerie van VWS gefinancierd programma (via ZonMw) voor implementatie en onderzoek naar twee intensieve gezinsinterventies als alternatief voor gesloten jeugdzorg: Functional Family Therapy (FFT) en Multi System Therapy (MST). Het voert te ver hier de beschikbare interventies te noemen en te bespreken. Inhoudelijke informatie over de in ons land beschikbare interventies is te vinden in de databank effectieve jeugdzorginterventies van het Nederlands Jeugdinstituut.⁹

Practice based evidence

In de Amerikaanse literatuur wordt geschat dat 90% van de instanties geen enkele behandeling biedt die evidence based is (Beidas & Kendall, 2010; Schoenwald, Chapman, Sheidow, & Carter, 2009). Mijn schatting voor de Nederlandse en in elk geval de Amsterdamse situatie zou omgekeerd zijn: inmiddels hebben bijna alle instellingen wel een of meer evidence based interventies in hun pakket. De laatste jaren zijn instellingen gestimuleerd om dergelijke interventies in te voeren. Zo schreef de staatssecretaris van VWS in 2006 aan de Tweede Kamer dat alleen evidence based programma's en instrumenten zullen worden toegepast bij het ondersteunen van kinderen en jeugdigen (Pijnenburg, 2010). Ook het ministerie van Justitie draagt deze visie uit, waarbij overigens wel expliciet aandacht is voor de noodzaak tot een goede implementatie van deze interventies (Ministerie van Justitie, 2005). Steeds vaker wordt de financiering van zorgaanbod gekoppeld aan dit uitgangspunt. Hoewel dit zeker een manier is om invoering van evidence based interventies te stimuleren, is het een misverstand te denken dat het verhogen van de effectiviteit in de jeugdzorg daaraan synoniem is. Het beperkte aantal goed onderzochte interventies is simpelweg nog onvoldoende om alle problemen en doelgroepen die er in de jeugdzorg zijn te bedienen. Met andere woorden: de jeugdzorg doet een hoop voor groepen waar nog geen evidence based interventie voor is of die meer nodig hebben dan deelname aan een interventie. Altra en MOC 't Kabouterhuis bieden bijvoorbeeld naschoolse behandelgroepen of dagbehandeling voor kinderen, in combinatie met Triple P voor ouders.¹⁰ Over de werkzaamheid van de onderdelen buiten Triple P is weinig bekend. Een van de plenaire sprekers op het congres Jeugd in Onderzoek van maart dit jaar, Chris-

tine Davies (van de Britse variant van het NJi), benoemde dat op een mooie manier toen ze zei dat de praktijk vaak al veel verder is dan het wetenschappelijk onderzoek. Er zijn in de praktijk voor allerlei doelgroepen aanpakken (of combinaties van aanpakken) waar de wetenschap (nog) geen aandacht aan besteedt. Anders dan bij de interventies die inmiddels als evidence based gelden, zijn zij niet vanaf het begin onderwerp van experimenteel onderzoek. Zij pleitte ervoor om deze praktijkkennis boven tafel te krijgen.

De aandacht voor het expliciteren van juist dit type kennis is de laatste jaren in ons land enorm toegenomen. Het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland (SEJN) heeft op dit terrein veel werk verzet en handreikingen hiervoor ontwikkeld. Twee uitgangspunten staan daarbij centraal. Het eerste is dat er – op een aantal terreinen – veel kennis beschikbaar is over ‘wat er werkt’. Door het in de praktijk gegroeide zorgaanbod te beoordelen tegen de achtergrond van deze kennis is al veel zicht te krijgen op de mogelijke werkzaamheid. Ten tweede kan veel duidelijk worden over de werkzaamheid door systematisch gegevens te verzamelen bij cliënten, en door die gegevensverzameling te verweven in het hulpverleningsproces. Het SEJN heeft manieren ontwikkeld om de informatie uit vragenlijsten direct te gebruiken in oplossingsgerichte gesprekken met ouders en jeugdigen. Door met hen de uitkomsten te bespreken voelen zij zich erkend in hun problemen, en wordt ook zichtbaar dat niet alles een probleem is. De gegevens helpen zo bij het benoemen van de krachten en bij het stellen van doelen (werken met vragenlijsten). Door ook bij het beëindigen van de hulp gegevens te verzamelen, kunnen professionals samen met cliënten de gegevens bij aanvang en afsluiting vergelijken, en bespreken hoe het gelukt is om de problemen te reduceren en wat er nodig is om dit vol te houden (Leijsen, 2008). Door de gegevens voor een groep cliënten samen te nemen, kunnen de uitkomsten met teams besproken worden (werken met uitkomsten). Op die manier ontstaat direct inzicht in wat succesvolle en minder succesvolle praktijken zijn. Veel verschillende instellingen zijn hier, al dan niet op aandringen van de provincies als financier van de jeugdzorg, mee bezig (Konijn, 2007; De Lange & Chênevert, 2011). Ook de instellingen binnen het NEJA zijn hard aan de slag om hierin stappen te maken en het aanbod te beschrijven, te onderbouwen en te onderzoeken. Doel is dat minstens zestig procent van de cliënten hulp krijgt met programma’s die goed beschreven en theoretisch onderbouwd zijn, en waarbij informatie beschikbaar is over de mate van vooruitgang in de problematiek en de situatie van jeugdigen en gezinnen.¹¹ Door in de praktijk gegroeide aanpakken te onderzoeken, kan practice based evidence zich verder ontwikkelen en evidence based practice worden. Door evidence based practice te onderzoeken wordt duidelijk of interventies de beoogde resultaten ook daadwerkelijk behalen (figuur 1).



Figuur 1 De wisselwerking tussen evidence based practice en practice based evidence.
Bron: Van Yperen et al., 2010.

Wanneer werkt een interventie?

Wat maakt nu dat een interventie ‘werkt’? Het antwoord hierop is simpel: een interventie werkt als deze iets doet aan het probleem. En om iets te doen aan het probleem, moet duidelijk zijn waardoor dat ontstaat en kan voortbestaan. De kennis die daarover inmiddels bestaat, wordt lang niet altijd gebruikt. Zo is op basis van longitudinaal onderzoek (onderzoek waarin grote groepen kinderen lange tijd gevolgd worden) veel bekend over de ontwikkeling van gedragsproblemen. Daardoor weten we welke beschermende en risicofactoren in het leven van kinderen en jongeren een rol spelen in het ontstaan en voortbestaan van gedragsproblemen. Zo is bijvoorbeeld duidelijk geworden dat de interacties en relaties binnen gezinnen een bijzonder sterke invloed hebben op de ontwikkeling en verergering van gedragsproblemen. En dat ook eigen problemen van ouders of bijvoorbeeld het temperament van kinderen van invloed zijn. Factoren blijken elkaar in de loop der tijd te beïnvloeden en te versterken. Hoe meer risicofactoren er bij een kind en diens omgeving zijn, hoe groter de kans op problemen. Beschermende factoren kunnen, waar risico’s aan de orde zijn, een rol spelen in het voorkomen van problemen (Loeber, Stouthamer-Loeber, & Farrington, 2008; Murray, Irving, Farrington, Colman, & Bloxsom, 2010). Het gericht beïnvloeden van beschermende en risicofactoren kan pro-

blemen voorkomen of verminderen. Op basis van internationale overzichten van uitkomsten van effectonderzoek naar interventies is er veel bekend over de manieren waarop dat het beste kan.

Een voorbeeld. Patterson, Reid en Dishion (1992) ontwikkelden op basis van uitgebreid observatieonderzoek in gezinnen van jeugdigen met gedragsproblemen de theorie van het *coercive family process*. In gezinnen van jeugdigen met gedragsproblemen is een manier van omgaan met elkaar ontstaan, waarbij sprake is van het onderling afdwingen van negatief gedrag. Kinderen leren in deze gezinnen om hun zin te krijgen door negatief gedrag, zoals zeuren, slaan en driftig zijn, en vertonen dat gedrag daarom steeds meer. In het gezin en ook daarbuiten. Door hun gedrag zijn ze niet erg geliefd bij leeftijdsgenoten en ontstaan er op school en in de buurt problemen. Door ouders te leren hun opvoedingsgedrag te veranderen kunnen de gedragsproblemen van hun kind aangepakt worden. Uit onderzoek naar oudertrainingen blijkt dat het trainen van ouders in opvoedingsvaardigheden effectief is bij het verminderen van dit probleemgedrag (zie onder meer Boendermaker et al., 2010; Lundahl, Risser, & Lovejoy, 2006). Centrale elementen in deze trainingen zijn: het geven van aandacht aan positief gedrag, het stimuleren van positief gedrag door samen dingen te doen of te ondernemen, het op een effectieve manier stellen van regels en deze handhaven, en het toepassen van milde straf (zoals een time-out of het verlies van privileges).

Een ander voorbeeld betreft onderzoek naar de aanpak van ernstige gedragsproblemen, al dan niet in combinatie met delinquent gedrag. Inmiddels is er veel onderzoek beschikbaar waaruit blijkt dat onder andere cognitief-gedragstherapeutische trainingen daarbij tot goede resultaten leiden. Jongeren met ernstige gedragsproblemen blijken vaak andere conclusies te trekken uit sociale interacties. In cognitief-gedragstherapeutische trainingen worden dit 'denkfouten' genoemd, die 'uitgedaagd' kunnen worden en omgezet in minder vaststaande opvattingen (Boendermaker & Ince, 2010). In een meta-analyse hebben Landenberger en Lipsey (2005) onderzocht welke ingrediënten van cognitief-gedragstherapeutische training tot het beste resultaat leiden. Met het uitdagen van denkfouten (cognitieve herstructurering), *anger control* en interventies waarin naast de groepsbenadering ook een individueel behandel-element was opgenomen, bleken de beste uitkomsten bereikt te worden. Het leren kijken naar de gevolgen voor het slachtoffer als 'enige' aanpak (op 'inzicht gericht' zonder de combinatie met het uitdagen van denkfouten) of interventies waarin alleen gedragsmodificatie plaatsvond (wat 'alleen' gedragstherapie is en geen *cognitieve* gedragstherapie) bleken te leiden tot negatieve uitkomsten: de deelnemers recideerden juist méér. Zo is er inmiddels op basis van theorievorming en onderzoek voor veel problemen te benoemen wel-

ke factoren werkzaam zijn.¹² Dit worden specifiek werkzame factoren genoemd.

Op basis van meta-analyses is ook duidelijk geworden dat er algemeen werkzame factoren van interventies zijn: factoren die bijdragen aan de effectiviteit van interventies, ongeacht het soort behandeling of de doelgroep (Andrews & Bonta, 2010; Van Yperen, Van der Steege, Addink, & Boendermaker, 2010). Voorbeelden van dergelijke factoren zijn:

- Een heldere theoretische onderbouwing, gebaseerd op kennis uit goed uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek. In een goede theoretische onderbouwing staat op welke risicofactoren en beschermende factoren de interventie is gericht en welke factoren door de interventie wel en niet beïnvloed worden.
- Een goede aansluiting tussen de zwaarte en complexiteit van de problemen en het soort behandeling (risicoprincipe).
- Een goede afstemming op kenmerken, risicofactoren en behoeften die direct te maken hebben met het probleemgedrag (behoefteprincipe).
- Afstemming van de aanpak op specifieke kenmerken van de cliënt, zoals de wijze van leren en de motivatie van de cliënt (responsiviteitsprincipe).
- Een goede kwaliteit van de relatie tussen de cliënt en de behandelaar (alliantie).
- Uitvoering van de interventie zoals deze is ontwikkeld en is vastgelegd in centrale principes, een handleiding of een protocol (programma-integriteit).
- Een goede structurering van de interventie (duidelijke doelstellingen, goede planning en fasering van het proces).
- Goede werkomstandigheden van de behandelaar (goede voorbereiding, een draaglijke caseload, ondersteuning, een veilige werkomgeving).

De algemeen werkzame factoren betreffen kenmerken van de interventie (goed onderbouwd, goed gestructureerd, gericht op specifieke beschermende en risicofactoren en op problemen van een bepaalde ernst), kenmerken van de uitvoering (zoals ontwikkeld door getraind personeel) en vaardigheden van de uitvoerders (om een alliantie met cliënten op te bouwen en rekening te houden met hun motivatie en wijze van leren).

Algemeen versus specifiek werkzame factoren

Over het belang van algemeen en specifiek werkzame factoren wordt de laatste tijd nogal wat discussie gevoerd. In verschillende publicaties (Carr, 2009; Wampold, 2001) en op veel conferenties over de jeugdzorg klinkt de boodschap dat de uitkomsten van de hulp maar voor een klein deel door specifiek

werkzame factoren worden bepaald. Vooral de algemeen werkzame factoren als goed contact kunnen leggen, belangstelling tonen, goede gespreksvaardigheden en het kunnen motiveren en stimuleren van mensen, zouden van invloed zijn op gedragsverandering van cliënten. Het zou veel beter zijn te investeren in het zorgen dat deze algemene beroepsvaardigheden van medewerkers in orde zijn, dan te investeren in het introduceren van interventies.

Vlak voor mijn vertrek bij mijn vorige werkgever, het NJi, hebben we een document uitgebracht waarin we deze discussie uiteenrafelen en concluderen dat de literatuur waarop de discussie zich baseert verouderd is en onzorgvuldig. Een empirisch vastgestelde verhouding tussen de invloed van beide typen factoren is er nog niet (Van Yperen et al., 2010). Mijn stelling is dat voor een goede uitvoering van interventies beide typen factoren nodig zijn en dat voor een goede implementatie van interventies beide van groot belang zijn. De genoemde algemene beroepsvaardigheden (een deel van de algemeen werkzame factoren) zijn de basis van het werk. Zonder een goede relatie tussen de cliënt en de hulpverlening, zonder toepassing van motiverende technieken, zonder dat met goede gesprekstechnieken de behoeften van cliënten boven tafel komen, is een interventie natuurlijk niet uit te voeren. Niet toevallig bevatten basismethodieken zoals competentiegericht of oplossingsgericht werken de houdingselementen die hierbij van belang zijn. Het is echter de combinatie van deze algemene vaardigheden (contact leggen, relatie opbouwen, motiveren) met specifieke beroepsvaardigheden die bij de uitvoering van een interventie vereist zijn, die maken dat een interventie kan ‘werken’. Ik wil dit toelichten aan de hand van een voorbeeld uit een artikel van Carolyn Webster-Stratton, de ontwikkelaar van Incredible Years (Webster-Stratton, 2006). Deze groepstraining staat in Nederland bekend als ‘Pittige jaren’ en is bedoeld voor ouders van jonge kinderen. Webster-Stratton laat zien wat trainers nodig hebben om de trainingsgroepen goed te kunnen leiden:

- Vaardigheden rond het groepsproces (‘belonen’ van inbreng van ouders, veilige omgeving creëren, goede verstandhouding opbouwen, samenwerking in de groep tot stand brengen).
- Leiderschap (regels stellen, bepalen van de agenda, benoemen van kernpunten, het toepassen van vaardigheden in andere situaties aanmoedigen, huiswerk behandelen).
- Relatie opbouw (benoemen en ondersteunen van gevoelens, optimisme voeden, problemen normaliseren, samenwerkingsmodel gebruiken).
- Kennis (de rationale achter de principes die geleerd worden, kennis over ontwikkeling van kinderen en kennis over gedragsverandering bij ouders en bij kinderen).
- Gebruik trainingsmiddelen (huiswerk, het gebruik van video als voorbeeld, rollenspel, brainstorm, identificeren van weerstand).

- Respons stimuleren van de groep ouders (stimuleren van vragen, uitwisselen van probleemoplossing en delen van ideeën).

Het gaat daarmee om het overbrengen van de inhoudelijke kernelementen van de oudertraining, om het creëren van het juiste ‘klimaat’ in de groep en het gebruiken van de technieken uit het draaiboek. In andere woorden: het gaat om het toepassen van algemeen én specifiek werkzame factoren, en daar is een combinatie van algemene en specifieke beroepsvaardigheden voor nodig.

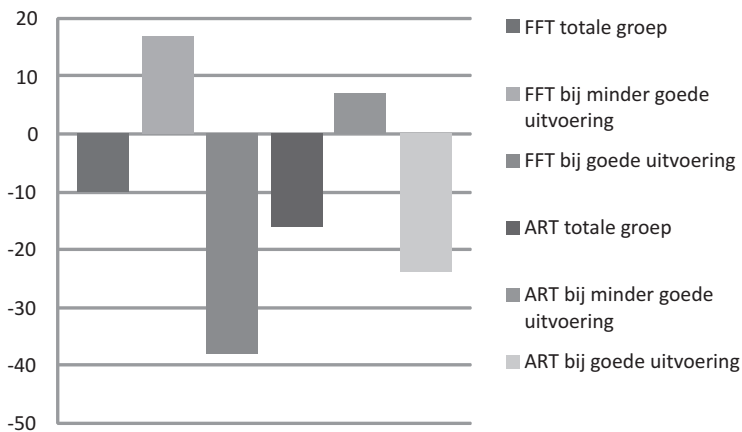
In discussies rond het gebruik van evidence based interventies is een veelgehoorde opmerking van professionals en docenten dat de introductie van dergelijke interventies de professionaliteit inperken. Professionals moeten een draaiboek afwerken en zich aan het protocol houden, en dat is het dan (zie o.a. Hutschemaekers, 2010). Dit is een vergaande miskennning van wat er aan algemene én specifieke beroepsvaardigheden nodig is om interventies goed uit te voeren. Webster-Stratton (2006) wijst erop dat het de taak van de trainers is “to appropriately adapt the program to the needs of a particular population. A critical distinction must be made between implementing the core or the foundational elements of the program and stifling clinical flexibility” (169). Trainers hebben, met andere woorden, al hun vaardigheden en creativiteit nodig om de specifiek werkzame factoren uit de verf te laten komen en ‘aan’ te laten slaan. En daarin hebben zij hun eigen beoordelingsvermogen en ervaring heel hard nodig. Voorbeelden hiervan werden ook gegeven door medewerkers van het positief opvoedprogramma (Triple P) in Amsterdam. Dit jaar hebben zes groepjes vierdejaars studenten van de minor Jeugdzorg meegewerkt aan een vooronderzoek van het lectoraat. Zij hebben ruim 80 jeugdzorgwerkers binnen de Amsterdamse jeugdzorg geïnterviewd over de implementatie van basismethodieken en evidence based interventies. Het positief opvoedprogramma was er daar één van en er werd relatief lang mee gewerkt. Opvallend is dat juist de medewerkers van dit programma in alle drie de instellingen waar geïnterviewd is, in de interviews ingaan op het punt van professioneel handelen binnen de kaders van het programma. Een Triple P-trainster zegt bijvoorbeeld: “Het is een beetje van Triple P en een beetje van mijzelf, je moet het zelf doen en hoe het contact gaat, dat is toch gewoon aan jou.” Een andere medewerker zegt: “Je speelt in op de behoeftes van ouders, je besteedt bij de één meer aandacht aan een onderwerp dan bij de ander.” En een derde: “Vaak hebben mensen het huiswerk niet gemaakt, dan kijk je: ga ik het nu met ze doen, is dat nodig? En bijvoorbeeld het onderwerp van de bijeenkomst. Dat is dan complimenten geven. Dat ga ik op allerlei manieren oefenen en welke oefening ik doe hangt af van de ouders waar ik ben, ik stem dat af op waar ik ben.”

Behandelintegriteit

Wat mij betreft draait het er bij de implementatie van interventies om, de specifiek werkzame factoren, de kernelementen van een interventie, goed over te brengen en goed uit te voeren. En niet alleen bij evidence based interventies, ook bij practice based interventies. Bij de evidence based interventies is uit de opgestelde handleidingen duidelijk wat die elementen zijn. Bij practice based interventie is het expliciteren van de praktijkkennis (*tacit knowledge* of klinische expertise) over de aanpak van bepaalde doelgroepen een eerste stap op weg naar een goede uitvoering. Gevolgd door het beoordelen van de praktijk tegen de achtergrond van de kennis over werkzame factoren.

Een goede uitvoering wordt in de wetenschappelijke literatuur aangeduid met de term *treatment fidelity* of *treatment integrity*. Dit betreft het uitvoeren van de interventie met de inhoud, duur, frequentie én het bereik (de doelgroep) zoals ontwikkeld en (bij evidence based interventies) op effectiviteit onderzocht (Carroll et al., 2007). De specifieke aandacht in onderzoek voor de behandelintegriteit is relatief nieuw. Natuurlijk zijn onderzoekers zich altijd bewust van het feit dat er inzicht in de uitvoering nodig is als er effectonderzoek wordt gedaan. Er wordt een procesevaluatie uitgevoerd om zicht te krijgen op de bereikte doelgroep, de uitvallers en de uitgevoerde interventieonderdelen, om vervolgens de gevonden uitkomsten in perspectief te kunnen zien en goed te kunnen beoordelen (Rossi & Freeman, 1993; Rossi, Lipsey, & Freeman, 2004). Maar pas in een inmiddels beroemde meta-analyse (Lipsey & Wilson, 1998) werd duidelijk aangetoond dat een goede uitvoering van de interventie samenhangt met betere uitkomsten. In deze studie is informatie uit tweehonderd onderzoeken over uiteenlopende vormen van behandeling van jongeren met ernstige gedragsstoornissen en delinquent gedrag gecodeerd, in één bestand gezet en geanalyseerd. Uit de meta-analyse bleek dat het voor de resultaten uitmaakte of er al dan niet een ontwikkelaar of onderzoeker bij de interventie betrokken was. Was dat wel het geval, dan was er meer bemoeienis met de uitvoering, en dat hing samen met betere uitkomsten. Verder bleek dat interventies die werden uitgevoerd door gespecialiseerd personeel (*mental health* in plaats van *criminal justice*) tot betere uitkomsten leidden en was ook de 'leeftijd' van een programma van belang. Al langer bestaande programma's hadden betere resultaten. Met andere woorden: controle op de uitvoering, specifiek opgeleid personeel en ervaring zijn van belang voor goede resultaten. Ook uit meta-analyses naar andere interventies, zoals drugspreventieprogramma's, anti-pest programma's in het onderwijs, en interventies op scholen, gericht op verminderen van agressie van leerlingen, blijkt dat de mate van implementatie van groot belang is voor de uitkomsten van programma's (Durlak & DuPre, 2008).

Dat uitvoering van een interventie met voldoende ‘integriteit’ van belang is, wordt goed duidelijk uit onderzoek naar de implementatie van twee interventies die we al eerder in deze les tegenkwamen: de Agression Replacement Training (ART) en Functional Family Therapy (FFT, een intensieve gezinsinterventie) in de Amerikaanse staat Washington (Barnoski, 2004). Beide interventies bleken succesvol. Bij de FFT-groep was sprake van 10% minder recidive dan bij de controlegroep, bij de ART-groep was dit 16%. Voor beide interventies werd een globale maat voor de behandelintegriteit bijgehouden: de professionals werden door een supervisor beoordeeld op de mate van ‘competente uitvoering’. Toen de uitkomsten uitgesplitst werden naar jongeren met en zonder competente therapeut, bleken de uitkomsten heel anders. Het percentage jongeren dat na de interventie recidiveerde, lag hoger onder de jongeren die geen competente therapeut hadden gehad. Het percentage recidivisten lag in deze groep ook hoger dan in de controlegroep die geen behandeling kreeg. Onder de cliënten van professionals die wel ‘competent’ uitvoerden, ging het aantal plegers van delicten flink omlaag. In vergelijking met de controlegroep bleek er bij competent uitgevoerde FFT sprake van een recidive-reductie van 38% ten opzichte van de onbehandelde controlegroep. Bij ART was dit 25% (figuur 2). De wijze van uitvoering heeft dus directe gevolgen voor cliënten en verkeerde uitvoering kan vergaande gevolgen hebben voor cliënten en de samenleving.



Figuur 2 Percentage reductie in recidive t.o.v. de controlegroep bij FFT en ART voor totale groep en uitgesplitst naar minder goede (meer recidive) en goede uitvoering (minder recidive). Bron: Barnoski, 2004.

Adherence en competence

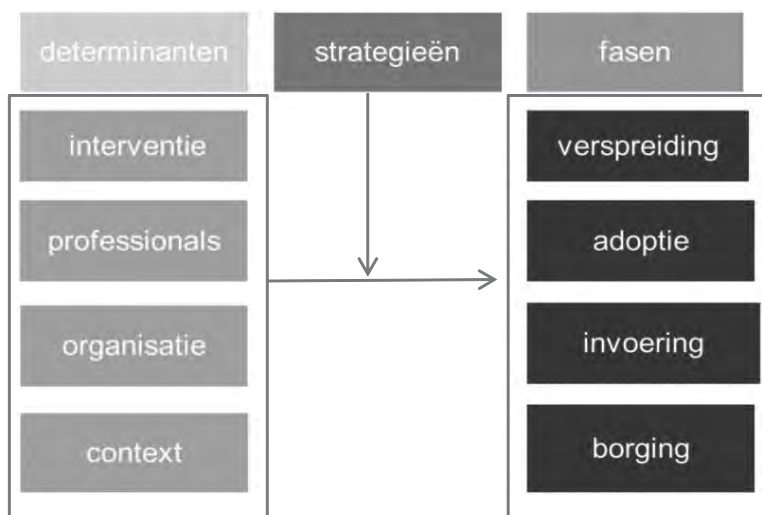
Inmiddels wordt behandelintegriteit in onderzoek vaak uiteengerafeld in twee delen: behandeltrouw (*therapist adherence*) en competentie (*therapist competence*). Behandeltrouw verwijst naar het uitvoeren van de specifiek werkzame factoren: de kernelementen van de interventie. Deze zijn opgenomen in de *manuals* en handleidingen (zoals bij Pittige jaren, Triple P of ART) of zijn verwerkt in centrale principes van een interventie (zoals het geval is bij intensieve gezinsinterventies als FFT, MST en Multidimensional Family Treatment MDFT). De mate waarin een trainer of therapeut de kernelementen toepast, bepaalt de mate van behandeltrouw. Competentie verwijst naar de technische vaardigheden, het handelen dat nodig is om de kernelementen ‘over te brengen’, en naar responsiviteit, goede beoordeling van de situatie en klinische scherpzinnigheid (Barber et al., 2006; Barber, Sharpless, Klostermann, & McCarthy, 2007; Barber, Triffleman, & Marmar, 2007; Nezu & Nezu, 2008).

Verskillende onderzoekers richten zich op de vraag óf hogere behandeltrouw leidt tot betere uitkomsten. Dat is onderzocht en het geval bij MST (Schoenwald et al., 2009), bij cognitieve gedragstherapie en bij MDFT (Hogue et al., 2008). Een meta-analyse van de bijdrage van zowel behandeltrouw als competentie aan de uitkomsten van individuele psychotherapie levert een ander beeld: beide maken hier niet uit voor de uitkomsten. Er blijken echter nog veel haken en ogen te zitten aan het meten van de behandeltrouw en competentie, waarop de auteurs van deze meta-analyse concluderen dat er nog weinig over te zeggen valt (Webb, DeRubeis, & Barber, 2010). Andere onderzoekers richten zich op de vraag *hoeveel* behandeltrouw en competentie er nodig is voor goede uitkomsten (met andere woorden: wat is de minimale behandeltrouw en competentie, nodig voor goede uitkomsten). Onderzoek levert op dit punt nog geen uitsluitsel. Evenmin is dat er over de relatie met de alliantie tussen cliënt en hulpverlener. De veronderstelling is dat therapietrouw en de alliantie tussen cliënt en hulpverlener beide voorspellers zijn van de uitkomsten indien er sprake is van voldoende competentie. Enkele onderzoeken laten zien dat het wel eens ingewikkelder kan zijn en dat er wellicht sprake is van curvilineaire verbanden (Hogue et al., 2008). Het onderzoek op dit terrein staat aan het begin en zoals Barber et al. (2007) het formuleren: het is nog niet klaar voor de ontmoeting met de praktijk. Er is meer onderzoek nodig om goede meetinstrumenten te ontwikkelen en de invloed van therapietrouw en competentie op uitkomsten te kunnen bepalen.

Implementeren

Tot nu is aan de orde geweest dat een evidence based interventie gericht is op het beïnvloeden van de beschermende en risicofactoren die bij een bepaalde doelgroep aan de orde zijn. En dat het erom draait de kernelementen van een interventie uit te voeren en toe te passen, waar behandeltrouw en bepaalde competenties voor nodig zijn. Wat betekent dit voor de implementatie van een interventie?

Er zijn de afgelopen jaren verschillende overzichtsstudies verschenen over implementatieprocessen in de jeugdzorg (Bijl, Eenshuistra, & Campbell, 2011; Mikolajczak, Stals, Fleuren, De Wilde, & Paulussen, 2009; Stals, Yperen, Reith, & Stams, 2008; Vosters & Vogelvang, 2010). Daarbij is onder meer gebruik gemaakt van modellen in de gezondheidszorg (Fleuren, Wiefferink, & Paulussen, 2004; Greenhalgh et al., 2005; Grol & Wensing, 2010). Hoewel er verschillende termen gebruikt worden, zijn de factoren die onderscheiden worden in alle modellen gelijk. Een overzichtelijk en bruikbaar model voor de invoering van interventies is het model van Fleuren et al. (2004). Dit model (figuur 3) is gebaseerd op literatuuronderzoek en onderzoek onder professionals en is in uiteenlopende implementatieprocessen (vooral in de jeugdgezondheidszorg) behulpzaam gebleken.



Figuur 3 Model voor de invoering van interventies. Bron: Fleuren et al. 2004.

In een implementatieproces blijken vier fasen te onderscheiden: verspreiding, adoptie, invoering en borging. Beroepskrachten die met een interventie gaan werken moeten kennis nemen van de interventie (verspreiding), bereid zijn ermee te gaan werken (adoptie) en er daadwerkelijk mee aan de slag gaan (invoering). Daarnaast moeten de uitvoering en het onderhoud van de interventie verankerd worden in de organisatie (borging). Onderzoek naar implementatieprocessen laat overigens zien dat deze fasen lang niet altijd na elkaar doorlopen worden (Fleuren et al., 2004; Fleuren & Jong, 2006; Fleuren, Wiefferink, & Paulussen, 2010; Stals et al., 2008).

Allerlei factoren beïnvloeden het verloop van deze fasen. Een gedegen planning van het proces om deze fasen te doorlopen is dan ook van belang, evenals het vooraf bedenken van strategieën om dat gedaan te krijgen (Bartholomew et al., 2006; Fleuren et al., 2004; Grol & Wensing, 2010). Er zijn verschillende typen factoren die het proces beïnvloeden, namelijk kenmerken van de interventie¹³, kenmerken van de professionals die de interventie gaan uitvoeren, de organisatie waarbinnen de interventies uitgevoerd worden en de context waarbinnen een organisatie functioneert. In de implementatieliteratuur worden dit determinanten genoemd. Wil men iets implementeren in een organisatie, dan is een analyse van die determinanten vooraf dringend noodzakelijk. Het niet uitvoeren van een dergelijke analyse is de belangrijkste valkuil in veel implementatieprocessen (Durlak & DuPre, 2008; Fleuren et al., 2004; Fleuren et al., 2010).

Voor een praktisch overzicht van de vele determinanten die van invloed kunnen zijn op een voorgenomen implementatie verwijs ik naar Fleuren et al. (2004, 2010). Zij komen op basis van de beschikbare literatuur en Delphi-onderzoek onder implementatiedeskundigen tot een checklist van vijftig verschillende determinanten die organisaties kunnen gebruiken om een implementatieproces goed voor te bereiden. De mate waarin deze determinanten aan de orde zijn, maakt of de implementatie moeilijker of makkelijker zal verlopen. Voorbeelden van determinanten zijn:

- Kenmerken van de interventie, zoals de mate waarin de interventie bestaat uit heldere procedures en stappen, de mate waarin de interventie aansluit bij de bestaande werkwijze, de mate waarin het mogelijk is om de interventie – zonder dat de effectiviteit verloren gaat – aan de eigen situatie aan te passen, de mate waarin de interventie een relatief voordeel heeft voor de gebruikers (bijvoorbeeld gemak, tijdwinst of meer werkplezier) en de mate waarin de interventie daadwerkelijk kan worden toegepast. Zijn al deze zaken in hoge mate aan de orde, dan zal de implementatie makkelijker verlopen. Zo blijkt uit het vooronderzoek van het lectoraat, dat medewerkers van De Bascule die op reis mochten naar het Oregon Social Learning

- Centre (VS) om getraind te worden voor Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC), heel erg enthousiast werden voor de interventie.
- Kenmerken van de professionals die de interventie gaan uitvoeren, zoals de mate waarin medewerkers de kennis en vaardigheden bezitten die nodig zijn om de interventies uit te voeren, de eigen-effectiviteitsverwachting (de mate waarin een medewerker zich in staat voelt om de interventies uit te voeren), de mate van overbelasting van medewerkers en de mate waarin de interventie past bij de taakopvatting van de medewerker. Zo blijkt uit onderzoek naar de implementatie van gedragsinterventies bij de reclassering dat medewerkers die al jaren trainer sociale vaardigheden waren, niet voldeden aan de opleidingseisen voor de nieuwe interventies. Toen zij niet aan de slag bleken te mogen met de nieuwe interventie leidde dat tot scheve gezichten en onrust. Onderkenning vooraf had dit kunnen voorkomen (Vosters & Vogelvang, 2010).
 - Kenmerken van de organisatie, zoals de omvang van de organisatie, de besluitvormingsstructuur, de samenwerking tussen afdelingen die bij de interventie betrokken zijn, de personeelsbezetting, de logistieke procedures en bijvoorbeeld de hoeveelheid tijd en geld die beschikbaar zijn voor de interventie. Uit onderzoek van Bijl et al. (2011) blijkt bijvoorbeeld dat de gesloten setting belemmerend werkt bij de implementatie van gedragsinterventies in justitiële jeugdinrichtingen. Bij alle logistieke processen is het aspect beveiliging aan de orde, wat gevolgen heeft voor het inpassen van een nieuwe interventie in de dagelijkse gang van zaken. Als hier vooraf rekening mee gehouden wordt, vergemakkelijkt dat de implementatie.
 - Kenmerken van de sociaal politieke omgeving (de context), zoals de financiële middelen voor de sector, de mate waarin de interventie past binnen de bestaande wettelijke kaders, en twijfel van cliënten aan de deskundigheid van de medewerkers (imago van de jeugdzorg).

Op basis van de analyse van deze onderdelen is een keuze voor verschillende implementatiestrategieën aan de orde. Die strategieën richten zich op het verspreiden van informatie over de interventie, het 'meekrijgen' van mensen voor de invoering van de interventie, de aanpak van de training en opleiding, en de inrichting van het *support system* om de uitvoering te ondersteunen. Er zijn geen duidelijke aanwijzingen voor het bestaan van één 'beste' aanpak of strategie. Elke situatie is anders, en er zijn veel voorbeelden van strategieën beschreven, maar weinig zijn er (goed) onderzocht (Bartholomew et al., 2006; Fleuren et al., 2004; Grol & Wensing, 2010). Onlangs lanceerde het NJi de implementatiewijzer, waarmee instellingen de verschillende stappen in de determinantenanalyse kunnen langslopen en informatie kunnen vinden over de strategieën die bekend zijn.

Invoering en borging van interventies

Voor een goede uitvoering van de kernelementen van interventies zijn de fasen van invoering en borging van groot belang. Verschillende evidence based interventies hebben inmiddels een systeem voor ondersteuning van de uitvoering ontwikkeld en begeleiden dat met onderzoek. Daarnaast is er op beperkte schaal informatie beschikbaar over vormen van feedback en ondersteuning in eigen land. Zonder een uitputtend overzicht te willen geven, ga ik in op beschikbare kennis op het terrein van invoering en borging van interventies.

Invoering

De voorbereiding op de uitvoering van een interventie start doorgaans met een meer of minder intensieve training. De therapietrouw en competentie van professionals blijken daarna het hoogst als de kernelementen van een interventie door actief leren overgedragen worden. Uitleg geven, de handleiding doorwerken en een beperkt aantal keren supervisie leiden niet tot vakbekwaamheid. Daar zijn veel oefenen in een rollenspel, veel nadoen van de trainer en/of filmopnames voor nodig. Gecombineerd met ondersteuning in de vorm van (peer) coaching en supervisie leidt dit tot een hogere behandelintegriteit (Beidas & Kendall, 2010). De noodzaak van deze vormen van actief leren kwam ook naar voren uit onderzoek naar een oudertraining bij de jeugdreclassering. Uit de logboeken die trainers bijhielden, bleek dat zij wel alle onderwerpen behandelden en materialen (dvd) gebruikten, maar moeite hadden met het behandelen van huiswerk en de rollenspellen. In interviews zeiden de trainers ook dat dit lastig was, ze vonden het doen van een rollenspel met ouders moeilijk en wisten niet goed hoe zij ouders daarin mee konden krijgen (Boendermaker et al., 2010). Ook de audits die uitgevoerd zijn met de eerder genoemde CPAI, laten zien dat het medewerkers vaak ontbreekt aan vaardigheden om de kernelementen van de interventies bij antisociaal en delinquent gedrag (cognitief gedragstherapeutische vaardigheden) goed uit te voeren (Lowenkamp et al., 2010).

Borging

Er zijn vijf verschillende manieren of instrumenten te onderscheiden voor het borgen van interventies: peer-coaching (interview), groepssupervisie (casusbespreking), individuele supervisie (op de inhoud van de methode gerichte werkbegeleiding), terugkoppeling aan de hand van beoordeling door derden en terugkoppeling aan de hand van informatie over de uitkomsten.

Peer-coaching

Webster-Stratton wijst op de directe link tussen training en supervisie. Incredible Years maakt gebruik van peer-coaching. Elke trainer neemt wekelijks deel aan de peer-coaching en men geeft elkaar feedback op (delen van) bandopnames van de sessies met ouders. Daarbij wordt een groepsproces-checklist gebruikt om feedback te geven op de volgende zes vaardigheden:

1. Het groepsproces (belonen van ideeën van ouders, creëren van een veilige omgeving, opbouwen van een goede verstandhouding).
2. Leiderschap (regels stellen, agenda setting, kernpunten aangeven, generalisatie aanmoedigen, huiswerk behandelen).
3. Relatie opbouw (benoemen en ondersteunen van gevoelens, optimisme voeden, problemen normaliseren, samenwerkingsmodel gebruiken).
4. Kennis (rationale achter de principes die geleerd worden, kennis over ontwikkeling van kinderen en kennis over gedragsverandering).
5. Gebruik van de trainingsmiddelen (huiswerk, video-opnames, rollenspel, brainstorm, identificeren van weerstand).
6. Respons van de groep ouders (stimuleren van vragen, probleemoplossing en delen van ideeën).

Daarnaast kan elke trainer voor consultatie terecht bij een hoofdtrainer, die desgevraagd feedback geeft op video-opnames, vragen beantwoordt en meedenkt. Veelvoorkomende problemen van beginnende trainers zijn: ontmoedigd raken als er weinig vooruitgang is bij deelnemers, moeite met het uitvoeren van rollenspel, moeite met het overbrengen van de kernelementen en het maken van keuzes om de uitvoering goed af te stemmen op de groep deelnemers. Zonder peer-coaching en consultatie is daarin weinig vooruitgang mogelijk (Webster-Stratton, 2006).

Groepssupervisie

MST kent – na een vijfdaagse training – groepssupervisie, individuele supervisie, consultatie en regelmatige opfrustrainingen. In het werken met gezinnen met jongeren met ernstige gedragsstoornissen en delinquent gedrag stelt MST negen principes centraal: de kernelementen van MST. Bijvoorbeeld: ‘in de therapeutische contacten benadrukken we het positieve en gebruiken we de krachten in het gezin als dragers voor verandering’ (principe 2) en ‘in te zetten interventies richten zich op gedragsketens binnen en tussen de systemen die de geïdentificeerde problemen in stand houden’ (principe 4). In de wekelijkse groepssupervisie gaan de therapeuten met de supervisor per casus na wat het werken volgens de principes in de weg staat en wat de *barriers for change* in

het gezin zijn. Een samenvatting van elke casus wordt volgens een vast format vooraf bij de supervisor ingeleverd. In de bespreking schetsen de therapeuten hun hypothesen rond het hoe en waarom van het gedrag van gezinsleden en de *barriers for change*. Hoe dit aan te pakken staat vervolgens centraal. De ervaring leert dat twaalf tot vijftien cases op die manier in ongeveer twee uur te behandelen zijn (Cunningham et al., 2006). Uit het vooronderzoek van het lectoraat blijkt dat een soortgelijke aanpak wordt gehanteerd bij de interventie MTFC die in Amsterdam uitgevoerd wordt door De Bascule.

Individuele supervisie

Bij MST is individuele supervisie aan de orde als er in de groepssupervisie te veel ondersteuning op competenties nodig is. Er wordt gebruikgemaakt van geluidsopnames van de afspraken van therapeuten in de gezinnen. Veel voorkomende problemen van therapeuten zijn vermijding van oefenen met gezinsleden en vermijden van het voordoen van vaardigheden in het gezin, onmacht bij het uitvoeren van de in de groepssupervisie geadviseerde activiteiten, het hebben van een negatieve en defensieve houding ten opzichte van suggesties die in de groepssupervisie gedaan worden en gevoelens van hopeloosheid vanwege de complexiteit van de problemen in de gezinnen. Vooral oefenen door rollenspel blijkt de competenties te verhogen (Cunningham et al., 2006).

In het eerder genoemde vooronderzoek naar de implementatie van interventies in de Amsterdamse jeugdzorg vertelt een medewerker van de jeugd-reclassering over de individuele supervisie die zij binnen de Functional Family Parole Service (FFPS) krijgt. FFPS is een op de Functional Family Therapy (FFT) geïnspireerde aanpak waarin disfunctionele gezinsrelaties centraal staan (Kopp, 2011). De medewerkster geeft een voorbeeld van een gezin waar ze aan de slag ging en waar de vader boos en agressief was. Het lukte haar niet een gesprek te voeren. Na overleg met haar supervisor paste ze de in FFPS centrale techniek van 'reframen' toe. Letterlijk is dit het 'herkaderen' van gedrag van cliënten. Boosheid kan bijvoorbeeld ook begrepen worden als een uiting van betrokkenheid en ongerustheid. Eerst bespreekt en oefent ze het met de supervisor en daarna merkt ze gelijk resultaat: "Dus dat heb ik gedaan en ik kreeg meteen een heel andere vader, ik kon met hem gaan samenwerken" (Boendermaker & Boering, 2011).

Feedback op basis van beoordeling van de uitvoering door derden

Bij MST maakt men gebruik van de Therapist Adherence Measure (TAM) en de Supervisor Adherence Measure (SAM). Elke maand wordt elk gezin waar een therapeut aan het werk is opgebeld door een administratief medewerker

van MST en wordt de TAM ingevuld. De cliënten beoordelen in hoeverre de therapeut de negen centrale MST-principes hanteert. Elk principe is geoperationaliseerd in uitspraken zoals 'de therapeut probeert te begrijpen hoe de problemen in ons gezin samenhangen' (principe 2) en 'ons gezin weet precies aan welke doelen we werken' (principe 4). De TAM-scores van elk gezin worden gebruikt in de groepssupervisie en komen indien nodig aan de orde in individuele supervisie. De ontwikkeling van beide instrumenten is grondig onderzocht. Bij de verspreiding van MST is gezocht naar een 'zuinig' maar gevoelig instrument om behandelintegriteit blijvend te kunnen beoordelen. Het resultaat is een lijst van 26 items, waarbij op een vijfpuntsschaal gescoord wordt in hoeverre de principes aan de orde zijn. Op eenzelfde manier beoordelen de therapeuten hun supervisor (Henggeler, Schoenwald, Liao, Letourneau, & Edwards, 2002; Schoenwald, Henggeler, Brondino, & Rowland, 2000).

Een andere manier van beoordelen is die waarbij onafhankelijke beoordelaars (opleiders van andere locaties) de uitvoering bekijken. Bij de Parent Management Training Oregon (PMTO) gebruikt men het Fidelity of Implementation Rating System. PMTO-trainers filmen al hun sessies met ouders (PMTO is een individuele training in opvoedingsvaardigheden voor ouders van kinderen met gedragsproblemen) en een opleider beoordeelt deze ten behoeve van accreditatie. Daarnaast gebruikt men de opnames, net als bij Incredible Years, in peer-coaching. Eenzelfde manier van werken wordt in Amsterdam gebruikt bij Spirit in het team van de interventie Multidimensional Family Treatment (MDFT).

Een heel andere manier, die ook zicht geeft op de uitvoering maar minder individueel gericht is, is de bouwstenenmethode. In casuïstiek overleg staan professionals stil bij de uitgevoerde interventie door na te gaan welke onderdelen van de aanpak goed of juist niet goed hebben gewerkt (treffers en misers), en welke zaken niet in de interventiebeschrijving staan, maar wel goed werken (vondst) of waar niks over wordt gezegd in de interventiebeschrijving (knelpunt). Zo wordt de uitvoering gevolgd en bijgesteld waar nodig (Vogelvang & Vermeiden, 2008).

Feedback op basis van uitkomsten

Onderzoek laat zien dat het geven van feedback aan behandelaars over de resultaten bij cliënten een positieve bijdrage levert aan de uitkomsten. Dat geldt voor individuele behandelaars en voor teams. Lambert (2010) geeft een overzicht van verschillende systemen die het gebruik van feedback in individuele psychotherapie mogelijk maken. Zo zijn er onder meer systemen waar men tussen de sessies in informatie verzamelt over de mate van vooruitgang van cliënten, en deze afzet tegen de gemiddelde vooruitgang bij cliënten met soort-

gelijke problemen. De therapeut bekijkt dit voor de sessie en kan de inhoud van de sessie hierop aanpassen. Ook informatie over het contact tussen therapeut en cliënt of de motivatie kan op die manier teruggekoppeld worden. De diverse varianten van tussentijdse feedback blijken bij te dragen aan positieve uitkomsten voor cliënten en leiden tot minder uitval. Een meta-analyse van Knaup, Koesters, Schoefer, Becker en Puschner (2009) wijst in dezelfde richting – althans voor studies naar praktijken waarin wekelijks of tweewekelijks feedback werd gegeven én de feedback werd gegeven aan zowel de therapeut als de cliënt zelf. Was er maar een eenmalige terugkoppeling, dan had dit geen effect op de uitkomsten (in deze metaanalyse gaat het om kleine effecten).

Een wat andere manier van terugkoppeling van informatie over uitkomsten is het ‘kwaliteitsgesprek’, dat ontwikkeld is door de Drentse instelling Yorneo. In teams van uitvoerend medewerkers en middenkader bespreekt men gegevens over uitkomsten bij cliënten volgens een vast stramien van vragen: Zijn de cijfers te herkenbaar? Kunnen we ze verklaren? Vinden we de resultaten goed genoeg? Zijn er verbeteracties nodig? Dit leidt tot discussies over de mate waarin het programma ‘getrouw’ is uitgevoerd en er komen verbeterpunten aan de orde. Bij Yorneo leidde dit tussen 1999 en 2005 tot een forse verbetering van de uitkomsten. De effectgroottes die berekend werden op basis van scores op de Child Behaviour Checklist (CBCL) bij aanvang en afsluiting van intensieve orthopedagogische gezinsbegeleiding (IOG) namen toe van een klein tot een groot effect (Veerman, Roosma, & Ooms, 2008). Een soortgelijke manier van werken wordt hier in Amsterdam gebruikt bij Spirit. Daar wordt gebruikgemaakt van informatie over uitkomsten in wat men de ‘methoden-evaluatie’ noemt. Naast de vier vragen uit het kwaliteitsgesprek wordt er ook gekeken naar de vraag: Voor wie werkt het goed en voor wie werkt het minder goed (Konijn, 2010)?

Wat betekent implementatie voor de praktijk?

Implementatie van interventies in de jeugdzorg heeft gevolgen voor het handelen van professionals, voor organisaties en daarmee ook voor de opleiding.

Allereerst de professionals. Om evidence en practice based interventies goed uit te kunnen voeren hebben zij kennis nodig over werkzame factoren van interventies. Meer specifiek: over algemeen werkzame factoren en over specifiek werkzame factoren bij de voor de jeugdzorg belangrijke probleemgroepen. De uitvoering van interventies is niet zomaar even een draaiboek afwerken of het toepassen van wat technieken, maar vergt inzicht in het hoe en waarom van het handelen. Trainingen kunnen enthousiasmeren en medewerkers voorzien van de theoretische achtergrondkennis en beginnersvaardigheden. Daad-

werkelijk vakmanschap ontstaat door actief leren op de werkvloer. Door vormen van inhoudelijke feedback te combineren met feedback op basis van uitkomsten, is zicht te krijgen op de mate van verandering bij cliënten. Bij evidence based interventies is dit van belang, om na te kunnen gaan of een interventie wel net zo goed werkt en uitgevoerd wordt als bij de ontwikkelaar het geval was. Bij practice based interventies is er zicht mee te krijgen op de werkzaamheid van de toegepaste kernelementen. Al deze zaken bij elkaar betekenen dat van professionals wordt verwacht dat ze evidence based kunnen werken. In navolging van Kuiper et al. (2008) versta ik hieronder dat professionals handelen op basis van het best beschikbare bewijs over wat er werkt, rekening houdend met de wensen en behoeften van de cliënt en op basis van hun eigen ervaring met cliënten (klinische ervaring of *tacit knowledge*). Wat tot nu toe in de literatuur onderbelicht blijft, is dat evidence based werken vooral betekent dat de professional inhoudelijk reflecteert op zijn of haar handelen. Lukt het voldoende om de werkzame elementen van een interventie over te brengen? Draagt het handelen bij aan het gewenste resultaat? Implementeren is daarom reflecteren!

Ook op het niveau van de organisatie betekent implementatie van interventies reflectie. Het betekent reflecteren op de te implementeren interventie, de jeugdzorgwerkers die met de interventie aan de slag moeten, en de randvoorwaarden die in de organisatie en de context aan de orde zijn: tijd, geld, menskracht en materialen. Het betekent, kortom, het uitvoeren van een determinantenanalyse. Daarnaast betekent het reflectie op de strategieën om de interventie onder de aandacht te brengen (verspreiden), medewerkers te motiveren (adoptie), te trainen (invoering) en de uitvoering te monitoren (borging).

Wordt er geen evidence based interventie ingevoerd, maar gaat men aan de slag met praktijkinterventies, dan betekent implementeren reflectie op de interventie zoals die uitgevoerd wordt. Er volgt een fase van beschrijven, beoordelen tegen de achtergrond van beschikbare kennis over algemeen en specifiek werkzame factoren, expliciteren van kernelementen en ontwikkelen van borgingsinstrumenten. Bij implementatie van evidence based interventies zijn die stappen al door de ontwikkelaar gezet en gaat het vooral om het organiseren van momenten en manieren waarop professionals reflecteren op de uitvoering van de interventie. Of het nu gaat om evidence based of practice based interventies: de uitvoering van de interventie vergt reflectie op de behandeltrouw en de competentie van de medewerkers, evenals op de uitkomsten die behaald worden.

Wat betekent dit voor de opleiding? De opleiding levert met het uitstroomprofiel jeugdzorgwerker, dat met ingang van het studiejaar 2011-2012 van start gaat, beginnende jeugdzorgwerkers af. Wat mij betreft jeugdzorgwerkers die

kennis hebben van werkzame factoren en evidence based kunnen werken. In de nabije toekomst komt daar ook kennis over richtlijnen in de jeugdzorg bij. Verplichte beroepsregistratie is straks gekoppeld aan na- en bijscholing. Hoe de regelingen op dit punt er precies uit gaan zien is nog niet duidelijk. Naar mijn mening ligt hier een uitgelezen kans voor het werkveld om deelname aan de verschillende vormen van feedback te integreren in de verplichte na- en bijscholing. Niet alleen cursussen of trainingen zijn nodig, maar ook en vooral vormen van actief leren. Op die manier kan de professionaliteit van medewerkers versterkt en de behandelintegriteit verhoogd worden, wat bijdraagt aan betere resultaten voor cliënten in de jeugdzorg. Ik hoop van harte dat het de komende jaren lukt om de implementatie van interventies op die manier stevig te laten wortelen in de praktijk. Ook de kennis over implementatie, de fasen daarin en de determinanten die aan de orde zijn, dient zijn weg te vinden in het onderwijs. De master Social Work lijkt mij een uitgelezen plek om kennis op dit gebied over te dragen.

Het lectoraat

De komende jaren wil het lectoraat bijdragen aan kennisontwikkeling op het terrein van implementatie in de jeugdzorg. Het gaat mij zowel om kennis over het implementatieproces als om kennis over instrumenten die helpen bij een integere uitvoering van interventies naar inhoud, duur, intensiteit en bereik. Het lectoraat gaat dat doen door:

- Het verzamelen van kennis over het uitvoeren van determinantenanalyses, over de implementatiestrategieën die daaruit volgen en het evalueren van die strategieën bij toepassing in de instellingen.
- Het in kaart brengen, ontwikkelen en onderzoeken van borgingsinstrumenten ten behoeve van een duurzame en integere toepassing van interventies, basismethodieken en in de nabije toekomst ook van richtlijnen.
- Het bijdragen aan onderwijs en onderwijsontwikkeling op het terrein van implementatie en borging van interventies, richtlijnen en van evidence based werken in de jeugdzorg.
- Het bijdragen aan professionalisering van medewerkers in de jeugdzorg en van docenten in de opleidingen.
- Het verspreiden van de kennis rond implementatie en borging van interventies en richtlijnen in de jeugdzorg in workshops, publicaties, voordrachten, lessen en andere daartoe geëigende middelen.

De werkzaamheden van het lectoraat concentreren zich daarom op vier thema's: implementatieprocessen, borgingsinstrumenten, implementatie bij speci-

fieke interventies of probleemgroepen en aandacht voor deze onderwerpen in de opleiding.

Implementatieprocessen

Eind 2010 is het lectoraat samen met Spirit gestart met het uitvoeren van een procesevaluatie naar de invoering van een nieuwe intensieve gezinsinterventie binnen de organisatie: Multidimensional Family Treatment (MDFT). Deze interventie is bedoeld voor jongeren met ernstige gedragsproblemen (waaronder problematisch druggebruik) en hun ouders. Spirit is in 2010 gestart met een MDFT-team van vier therapeuten en een supervisor. In de procesevaluatie wordt nagegaan welke determinanten de implementatie van MDFT beïnvloeden en welke implementatiestrategieën er worden gevolgd, of de doelgroep wordt bereikt, hoe de interventie wordt toegepast, wat de inhoud is van de groepssupervisie die binnen MDFT geboden wordt en wat de ervaringen van cliënten en medewerkers zijn.

Daarnaast is een project in voorbereiding in samenwerking met BJAA. Hier is enkele jaren geleden de Eigen Kracht Conferentie (EKC) geïntroduceerd als instrument om cliënten en hun gezinnen meer invloed te laten uitoefenen op de keuzes die gemaakt worden in de hulpverlening die zij ontvangen. De Tweede Kamer heeft overigens onlangs een amendement op een wijziging van de Wet op de jeugdzorg aangenomen, dat Bureaus Jeugdzorg verplicht om altijd als eerste stap in de uitvoering van een ondertoezichtstelling het gezin de gelegenheid te geven om een plan van aanpak op te stellen.¹⁴ Dat kan bijvoorbeeld aan de hand van een EKC. BJAA is een grote organisatie en er blijken verschillen te bestaan binnen de organisatie in de mate waarin dit instrument ingezet wordt. In dit project willen we nagaan welke determinanten de toepassing van EKC beïnvloeden, welke implementatiestrategieën binnen de organisatie gebruikt worden en wat de ervaringen hiermee zijn.

Tot slot zijn er eerste ideeën over het volgen van de implementatie van het werken met vragenlijsten in het hulpverleningsproces. De NEJA-instellingen zijn hier allemaal op hun eigen wijze mee bezig. Ook hier kan de vraag gesteld worden welke determinanten de implementatie beïnvloeden en welke strategieën in antwoord hierop het beste ingezet kunnen worden.

Borgingsinstrumenten

In het najaar van 2010 is gestart met een vooronderzoek naar de manieren waarop zes jeugdzorginstellingen in Amsterdam de invoering en borging van interventies en basismethodieken aanpakken. Een selectie van medewerkers is geïnterviewd over vier basismethodieken en drie interventies. Het gaat om:

oplossingsgericht werken, competentiegericht werken, YouTurn, Functional Family Parole Service (FFPS), Positief Opvoeden (Triple P), Signs of Safety en Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC). Dit onderzoek ronden we binnenkort af met de publicatie van een rapport en een werkbijeenkomst met de instellingen.

Naast het vooronderzoek is medio 2010 gestart met een literatuuronderzoek naar borgingsinstrumenten, naar manieren om behandelintegriteit in onderzoek en praktijk te meten en naar instrumenten voor audit van de implementatie (zoals de in de inleiding genoemde CPAI, waarin zowel aspecten van de determinantenanalyse als invoering en borging opgenomen zijn).

In 2011 zal in samenwerking met Altra het project 'De werkplaats als borgingsinstrument' van start gaan. Altra geeft de ondersteuning voor de uitvoering van interventies en basismethodieken in werkplaatsen vorm. In het verlengde van het vooronderzoek gaan we na hoe de kernelementen van oplossingsgericht werken geëxpliciteerd en observeerbaar gemaakt kunnen worden. Hierin werken we samen met het lectoraat Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen (HAN), waar onder leiding van Marion van Hattem (associate lector) een soortgelijk project heeft plaatsgevonden. Ook brengen we de werkwijze in kaart van werkplaatsen-in-opbouw rond twee andere interventies. Een van de voorgenomen activiteiten is een *expert meeting* rond oplossingsgericht werken voor de instellingen rond beide lectoraten.

Implementatie bij specifieke interventies of probleemgroepen

Sinds eind 2008 werkt de Stadsregio Amsterdam met een speciale aanpak voor multiprobleemgezinnen (MPG). Instellingen voor jeugdzorg en instellingen voor maatschappelijke dienstverlening leveren gezinsmanagers die met gezinnen aan de slag gaan. Hun werk kent twee belangrijke onderdelen: het werken in en samen met de gezinnen en het samenwerken met uiteenlopende partijen en instanties die met het gezin te maken hebben. Met verschillende partners bereidt het lectoraat een project voor, gericht op het ontwikkelen en onderzoeken van instrumenten om beide elementen van de MPG-aanpak te borgen.

Implementatie, borging en de opleiding

Zoals gezegd gaat met ingang van het studiejaar 2011-2012 het uitstroomprofiel jeugdzorgwerker van start. Het lectoraat draagt inhoudelijk bij aan de ontwikkeling van het curriculum van deze nieuwe opleiding door:

- Het leveren van een inhoudelijke bijdrage aan de ontwikkeling van het leerplanschema in een werkgroep van docenten.

- Deelname aan de stuurgroep van het uitstroomprofiel jeugdzorg.
- Het ontwikkelen van de ‘leerlijn onderzoeksvaardigheden’. Voor deze leerlijn worden in overleg met het SEJN en de instellingen drie vakken ontwikkeld: werken met vragenlijsten, werken met uitkomsten en evidence based werken.

Verder kunnen studenten in het kader van de zogenoemde ‘externe opdracht’ die zij uitvoeren binnen de minors, deelnemen aan onderzoek binnen het lectoraat. Bij de start van het uitstroomprofiel jeugdzorgwerker geldt hetzelfde voor deze studenten (het betreft dan de afstudeeropdracht). In overleg met de programmaraad van het Netwerk Effectieve Jeugdzorg Amsterdam zal gestart worden met een pilot waarin instellingen, het lectoraat en de docenten die onderzoek binnen de minor Jeugdzorg begeleiden, afspraken maken over uit te voeren projecten. Op deze manier wordt, naast de projecten van het lectoraat, een stap gezet in het ontwikkelen van een gezamenlijke onderzoeksagenda van instellingen en de opleiding.

Tot slot staan er nog allerlei andere activiteiten op stapel. Twee wil ik er hier noemen. Geïnspireerd door de enthousiaste verhalen van collega Huub Pijnenburg, lector Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd aan de HAN, zijn we bezig om in de week van de jeugdzorg – in 2011 van 13 t/m 20 november – voor docenten en studenten een jeugdzorgdebat te organiseren. En samen met het NEJA organiseren we met enige regelmaat een *expert meeting*. Binnenkort bijvoorbeeld over N=1 onderzoek. Ik hoop dat het lectoraat de komende jaren met deze projecten en activiteiten kan bijdragen aan reflectie op de invoering én de uitvoering van interventies. Want alleen op die manier kan de beschikbare wetenschappelijke en praktijkkennis daadwerkelijk wortelen in de dagelijkse praktijk.

Dankwoord

Aan het einde gekomen van deze les wil ik enkele woorden van dank uitspreken. Allereerst wil ik Willem Baumfalk, voorzitter van het domein Maatschappij en Recht, en Wilfred Diekmann, hoofd van het Kenniscentrum Maatschappij en Recht, bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen en de van meet af aan enthousiaste benadering van het lectoraat. Mijn dank gaat ook uit naar Elke van der Heijden voor haar bemoeienissen met de mensen en middelen rondom het lectoraat, en naar Laura Koeter en Hans Malschaert, respectievelijk opleidingsmanager MWD en SPH, voor hun steun en betrokkenheid.

Ook wil ik de docenten die betrokken zijn bij de minor Jeugdzorg, bij het uitstroomprofiel Jeugdzorgwerker en bij het onderwijs over onderzoek bedanken voor de prettige samenwerking. Jullie hebben mij het afgelopen jaar veel geleerd over lesgeven binnen het HBO en over 'leren' in het algemeen. Het belooft veel goeds voor de komende jaren.

Zonder de studenten die dit jaar deelnamen aan de minor Jeugdzorg en (deels) de minor Werken in gedwongen kader zou ik vandaag geen voorbeelden hebben kunnen geven over de Amsterdamse jeugdzorg: dank voor jullie harde werk gedurende het eerste 'blok' van dit studiejaar binnen het vooronderzoek van het lectoraat!

Mijn dank gaat ook uit naar de leden van de Programmaraad en Stuurgroep van het Netwerk Effectieve Jeugdzorg Amsterdam (NEJA). Met name Gernie van de Berg en Carolien Konijn hebben mij een warm welkom bereid: het is geweldig hier (weer) met jullie samen te kunnen werken! Jullie beiden hebben samen met Theo Schut veel werk verzet om het lectoraat vanuit de jeugdzorginstellingen mogelijk te maken. Ik wil via jullie ook deze zes jeugdzorginstellingen en hun bestuurders danken voor het in mij gestelde vertrouwen.

Naast de instellingen dank ik Christine Pollman, Michèle Hering en Ruurd Fieret (Stadsregio Amsterdam) en Rutger Hageraats en Jeanet Zonneveld (gemeente Amsterdam) voor de samenwerking die na mijn wat plotselinge entree op het terrein van de MPG-aanpak is ontstaan. Ik hoop dat we die samenwerking nog vele jaren kunnen voortzetten.

Een afzonderlijk woord van dank aan Tamara Boering en Cynthia Boomkens, met wie ik sinds september 2010 'de drie B's' vorm. Jullie werken met veel inzet en enthousiasme aan de projecten die we binnen het lectoraat hebben lopen. Dat is heel prettig werken! Mijn collega-lector en kamergenote Rick Kwekkeboom wil ik danken voor de hartelijke ontvangst, de inwijding in het lectorschap en het delen van 'lief en leed'.

Naast de Amsterdamse collega's wil ik ook mijn Groningse collega's, en dan met name Erik Knorth, bedanken. Voor de belangstelling voor mijn belevenissen hier in Amsterdam en voor de flexibele opstelling die werken op twee plekken mogelijk maakt.

Dat ik hier als lector aan de slag kon gaan is mede te danken aan de kennis en ervaring die ik op eerdere werkplekken heb opgedaan. Zonder andere collega's tekort te willen doen wil ik twee personen speciaal noemen. Josine Junger-Tas bood mij in mijn WODC-tijd de kans om me als een gedegen onderzoeker te ontwikkelen. Haar heb ik daar gelukkig nog voor kunnen bedanken. Tom van Yperen, jij haalde me over om de overstap van Justitie naar het Expertisecentrum Jeugdzorg van het NIZW (nu NJi) te maken en hebt me de jeugdzorg

leren kennen. Binnen de Richtlijnen Advies Commissie komen we elkaar in elk geval tegen en ik hoop dat we dat ook daarbuiten nog zullen doen.

Natuurlijk zou ik hier helemaal niet staan als mijn familie en thuisfront er niet achter stonden dat ik me in een nieuw avontuur zou storten. Philippe, Dorien en Sascha: thuis hebben we het dan wel niet over implementeren, er is genoeg om over te reflecteren. Jullie zorgen ervoor dat ik mijn werk vrolijk en met inzet kan doen en ik beloof het: we zullen nu eindelijk eens op stap gaan in Amsterdam.

Noten

- * Ik dank Germie van de Berg, Wilfred Diekmann, Margot Fleuren, Carolien Konijn en Tom van Yperen voor hun commentaar op een eerdere versie van deze tekst.
- 1. Zie www.mstservices.com en www.mst-nederland.nl.
- 2. Zo wordt er onder verantwoordelijkheid van de gemeenten preventieve zorg (opvoedingsondersteuning, jeugdgezondheidszorg) geboden in Centra voor Jeugd en Gezin (in Amsterdam: Ouder-Kind Centra). Specialistische hulp wordt geboden in instellingen voor jeugd- en opvoedhulp, en gefinancierd door de provincies (hier: de Stadsregio Amsterdam). Naast deze eerste- en tweedelijns jeugdzorg zijn er ook andere instellingen die jeugdigen en hun ouders hulp en begeleiding bieden. Er is de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (de jeugd-ggz), de zorg voor jeugdigen met een (lichte) verstandelijke beperking (de gehandicaptenzorg), de justitiële jeugdzorg (jeugdbescherming, jeugdreclassering en justitiële jeugdinrichtingen) en er bestaan allerlei begeleidingsvormen voor jeugdigen met problemen in het onderwijs. De zorg door deze instellingen is niet vrij toegankelijk: er is een indicatiestelling nodig. Voor de jeugdzorg en jeugd-ggz wordt deze verschaft door Bureau Jeugdzorg. De andere hulpvormen kennen eigen toegangspoorten.
- 3. Het gaat om de Erkenningscommissie gedragsinterventies Justitie en de Erkenningscommissie Interventies. Zie: www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/recidive/erkenningscommissie-gedragsinterventies en www.jeugdinterventies.nl.
- 4. In de meeste gemeenten zijn al Centra voor Jeugd en Gezin (CJG's) functioneel. In Amsterdam bestaan deze centra al langer onder de naam Ouder-Kind Centra (OKC's). Voor de actuele stand van zaken rondom de CJG's: www.cjg.nl.
- 5. Bijvoorbeeld: de Parent Management Training ontwikkeld door Patterson in Oregon (PMTO); Triple P, het 'positief opvoedprogramma' van Sanders uit Australië; Incredible Years, het programma 'Pittige Jaren', ontwikkeld door Webster-Stratton (VS); het in eigen land ontwikkelde pakket 'ouders van Tegendraadse Jeugd' gericht op ouders van jeugdigen met politiecontacten.
- 6. Bijvoorbeeld de training Zelfcontrole, STOP 4-7, Minder boos en opstandig (voor kinderen) en allerlei varianten op de agressieregulatie training (ART) (Goldstein, Glick, & Gibbs, 1998) voor jongeren. De trainingen voor de kinderen hebben doorgaans ook een onderdeel gericht op ouders.
- 7. Zoals Intensieve Othopedagogische Gezinsbehandeling (IOG), Multi System therapy (MST), Functional Family Therapy (FFT), Multidimensional Family Treatment (MDFT) of Multidimensional Treatment Foster Care (MTFC).
- 8. Er wordt vaak gewezen op het verschil in de omvang van het gevonden effect (de *effect-size*) tussen efficacy- en effectiveness-onderzoek (voor de start van deze discussie, zie: Weisz, Weiss, Han, Granger en Morton (1995). Wanneer een interventie uitgevoerd wordt bij 'gewone' cliënten in plaats van speciaal geselecteerde groepen voor een experimentele studie in een Randomized Controlled Trial (RCT) zou het gaan om cliënten met meer of meer complexe problemen, hetgeen het bereiken van dezelfde uitkomsten moeilijk maakt. Onderzoek van Stirman, DeRubeis, Crits-Christoph en Rothman (2005) laat zien dat het verschil tussen cliënten in een RCT en 'gewone' cliënten niet zo groot is als vaak gedacht wordt. Zij bekeken

de informatie van mensen die niet waren ingeloot voor deelname aan de experimentele groep van verschillende RCT's (voor behandeling van depressie, boulimia of een angststoornis). Deze cliënten waren door hun huisarts of psycholoog gewezen op de mogelijkheid mee te doen aan de RCT's of hadden gereageerd op een advertentie en waren afgekomen op de mogelijkheid van goedkope behandeling. Daarmee zijn zij volgens de auteurs eigenlijk heel 'gewone' cliënten. Van hen bleek 95% te passen in de criteria van ten minste één van de RCT's die gedaan waren, en 74% paste in de toelatingscriteria van twee van de RCT's. De conclusie van de auteurs is dan ook dat de RCT-deelnemers helemaal niet zo bijzonder zijn en het de vraag is of de andere uitkomsten van effectiveness-studies wel toe te schrijven zijn aan het feit dat er dan 'gewone mensen, met gewone problemen' aan de interventie deelnemen.

9. www.jeugdinterventies.nl.
10. Zie www.jeugdhulpwijzer.nl voor een overzicht van alle programma's die de Amsterdamse instellingen voor jeugdzorg bieden.
11. www.neja.nl.
12. Overzichten daarvan zijn te vinden op www.nji.nl/watwerkt.
13. Er wordt in de literatuur gesproken van kenmerken van de vernieuwing. Het kan gaan om de invoering van interventies, richtlijnen, instrumenten, protocollen, handreikingen e.d. In deze Openbare Les hanteer ik de term interventies.
14. Tweede Kamer, 2010-2011, 32015.

Relevante websites

www.kmr.hva.nl/jeugd (link naar de pagina van o.a. het lectoraat Implementatie in de jeugdzorg op de website van het Kenniscentrum Maatschappij en Recht HvA)
www.jeugdhulpwijzer.nl (zorgaanbod Amsterdamse jeugdzorg)
www.neja.nl (Netwerk Effectieve Jeugdzorg Amsterdam)
www.nji.nl/watwerkt (informatie over wat er werkt bij bepaalde doelgroepen en werksoorten)

Referenties

- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16(1), 39-55. doi:10.1037/a0018362
- Baecke, J. A. H., Boer, R. de, Bremmer, P. J. J., Duenk, M., Kroon, D. J. J., Loeffen, M. M., Mobach, C. E. & Schuyt, M. (2009). *Evaluatieonderzoek wet op de jeugdzorg*. Amersfoort: BMC.
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D. & Gibbons, M. B. C. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the national institute drug abuse collaborative cocaine treatment study. *Psychotherapy Research*, 16(2), 229-240. doi:10.1080/10503300500288951
- Barber, J. P., Sharpless, B. A., Klostermann, S. & McCarthy, K. S. (2007). Assessing intervention competence and its relation to therapy outcome: A selected review derived from the outcome literature. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(5), 493-500. doi:10.1037/0735-7028.38.5.493
- Barber, J. P., Triffleman, E. & Marmar, C. (2007). Considerations in treatment integrity: Implications and recommendations for PTSD research. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 793-805. doi:10.1002/jts.20295
- Barnoski, R. (2004). *Outcome evaluation of Washington State's research-based programs for juvenile offenders*. Olympia, WA.: Washington State Institute for Public Policy.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G., Gottlieb, N. H., Schaalma, H., Markham, C. & Partida, S. (2006). *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach (2nd ed.)*. San Francisco, CA US: Jossey-Bass.
- Beidas, R. S. & Kendall, P. C. (2010). Training therapists in evidence-based practice: A critical review of studies from a systems-contextual perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(1), 1-30.
- Berger, M. & Boendermaker, L. (2003). *Multisysteembehandeling in Nederland. Voorstel voor de introductie van MST*. Utrecht: NIZW.
- Bijl, B., Eenshuistra, R. & Campbell, E. E. (2011). *Implementatie achter tralies. Een studie naar randvoorwaarden en factoren die van invloed zijn op de implementatie van PIJ-behandelprogramma's*. Duivendrecht: Pi research.
- Boendermaker, L. & Boering, T. (2011). *Invoering en borging in de Amsterdamse jeugdzorg, basismethodieken en interventies in de praktijk*. Amsterdam: Lectoraat implementatie in de jeugdzorg / HvA.
- Boendermaker, L., Harder, A., Speetjens, P., Pijl, M. van der, Bartelink, C. & Everdingen, J. van (2007). *Programmeringsstudie jeugdzorg*. Utrecht/Groningen: NJI/RUG.
- Boendermaker, L. & Ince, D. (2010). *Wat werkt bij jongeren met gedragsstoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugd instituut (Nji).
- Boendermaker, L., Lekkerkerker, L., Deković, M., Foolen, N. & Vermeij, K. (2010). *Oudertrainingen bij de jeugdreclassering. Onderzoek naar de uitvoering en de uitkomsten van de opvoedworkshop en de oudertraining uit het pakket 'ouders van tegendraadse jeugd', toegepast bij de jeugdreclassering*. Utrecht: NJI.

- Burik, A. E. van & Persoon, A. M. (2008a). *Procevaluatie COVA⁺. Een onderzoek naar de implementatie van een nieuwe gedragsinterventie voor volwassen justitiabelen*. Woerden: Adviesbureau van Montfoort.
- Burik, A. E. van & Persoon, A. M. (2008b). *Procevaluatie ART Wiltshire-NL. Een onderzoek naar de implementatie van een nieuwe gedragsinterventie voor volwassen justitiabelen*. Woerden: Adviesbureau van Montfoort.
- Carr, A. (2009). *What works with children, adolescents and adults? A review of research on the effectiveness of psychotherapy*. London & New York: Routledge.
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J. & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, 2(40).
- Cunningham, P. B., Randall, J., Henggeler, S. W. & Schoenwald, S. K. (2006). Multisystemic therapy supervision: A key component of quality assurance. In T. K. Neill (Ed.), *Helping others help children: Clinical supervision of child psychotherapy*. (pp. 137-160). Washington, DC US: American Psychological Association. doi:10.1037/11467-008
- Deković, M. (2010). Effecten van interventies: Baat het niet, dan schaadt het niet? *Kind en Adolescent*, 31(2), 98-101.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal Community Psychology*, 41, 327-350.
- Fleuren, M. A. H. & Jong, O. R. W. de (2006). Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de standaarden jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven.
- Fleuren, M. A. H., Wiefferink, C. H. & Paulussen, T. G. W. M. (2004). Determinants of innovation within health care organisations: Literature review and delphi-study. *International Journal For Quality in Health Care*, 16, 107-123.
- Fleuren, M. A. H., Wiefferink, C. H. & Paulussen, T. G. W. M. (2010). Checklist determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties. *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*, 88(2), 51-54.
- Gendreau, P., Goggin, C. & Smith, P. (1999). The forgotten issue in effective correctional treatment: Program implementation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(2), 180-187.
- Goggin, C. & Gendreau, P. (2006). The implementation and maintenance of quality services in offender rehabilitation programmes. In C. R. Hollin & E. J. Palmer (Eds.), *Offending behaviour programmes: Development, applications, and controversies* (pp. 209-246). Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd.
- Goldstein, A. P., Glick, B. & Gibbs, J. C. (1998). *Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth (rev. ed.)*. Champaign, IL US: Research Press.
- Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., Kyriakidou, O. & Peacock, R. (2005). *Diffusion of innovations in health service organizations: A systematic literature review*. Oxford: Blackwell.
- Grol, R. & Wensing, M. (2010). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D. & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents. Treatment manual for practitioners*. New York/London: The Guilford Press.

- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Liao, J. G., Letourneau, E. J. & Edwards, D. L. (2002). Transporting efficacious treatments to field settings: The link between supervisory practices and therapist fidelity in MST programs. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(2), 155-167. doi:10.1207/153744202753604449
- Hogue, A., Henderson, C. E., Dauber, S., Barajas, P. C., Fried, A. & Liddle, H. A. (2008). Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 544-555.
- Hutschemaekers, G. (2010). Praktijk én wetenschap. Zoeken naar werkzame allianties. In H. Pijnenburg (Ed.), *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd* (pp. 101-119). Amsterdam: SWP.
- Kellam, S. G. & Langevin, D. J. (2003). A framework for understanding 'evidence' in prevention research and programs. *Prevention Science*, 4(3), 137-153. doi:10.1023/A:1024693321963
- Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T. & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 195(1), 15-22. doi:10.1192/bjp.bp.108.053967
- Konijn, C. (Ed.) (2007). *Werkzame werkwijzen. Verkenning van effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht/Woerden: Nederlands Jeugdinstituut/Adviesbureau Van Montfoort.
- Konijn, C. (2010). Learning from our daily practice. In E. J. Knorth, M. E. Kalverboer & J. Knot-Dickscheit (Eds.), *Inside out. How interventions in child and family care work, an international source book* (pp. 558-563). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Kopp, D. (2011). *Functional family probation services (FFPS)*. Presentatie Bureau jeugdzorg agglomeratie Amsterdam.
- Kuiper, C., Verhoef, J., Cox, K. & Louw, D. de (Eds.). (2008). *Evidence-based practice voor paramedici. Methodiek en toepassing*. Den Haag: Lemma.
- 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. Delivering what works in therapy* (pp. 239-266). Washington DC: American Psychological Association.
- Landenberger, N. A. & Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1(4), 451-476. doi:10.1007/s11292-005-3541-7
- Lange, M. de & Chênevert, C. (2011). *Werken aan effectiviteit in de stadsregio Rotterdam. Beschrijven en onderbouwen van interventies en benutten van kennis over werkzame principes in de residentiële jeugdzorg*. Utrecht: Nji.
- Leijsen, M. (2008). Onderzoeksgegevens als sturingsinformatie voor hulpverleners en teams. In T. van Yperen & J. W. Veerman (Eds.), *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgericht effectonderzoek in de jeugdzorg* (pp. 195-205). Delft: Eburon.
- Linden, B. van der, Cox, K., Holleman, G., & Tol, M. van (2010). *Mooie plannen en weerbarstige praktijk. Theorie en praktijkervaringen rond implementeren van zorgverbeteringen*. Den Haag: ZonMw.
- Lipsey, M. W. & Wilson, D. B. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders. A synthesis of research. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious and*

- violent juvenile offenders. *Risk factors and successful interventions* (pp. 313-345). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage.
- Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. & Farrington, D. P. (2008). The Pittsburgh youth study: Its design, data collection, and early key findings. In H. R. White (Ed.), *Violence and serious theft: Development and prediction from childhood to adulthood* (pp. 25-37). New York, NY US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Lowenkamp, C. T., Flores, A. W., Holsinger, A. M., Makarios, M. D. & Latessa, E. J. (2010). Intensive supervision programs: Does program philosophy and the principle of effective intervention matter? *Journal of Criminal Justice*, 38, 368-375.
- Lundahl, B., Risser, H. J. & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 86-104. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.004
- Mikolajczak, J., Stals, K., Fleuren, M. A. H., Wilde, E. J. de & Paulussen, T. G. W. M. (2009). *Kennissynthese van condities voor effectieve invoering van jeugdinterventies*. Leiden / Utrecht: TNO Kwaliteit van Leven / Nederlands Jeugdinstituut (NJI).
- Ministerie van Justitie. (2005). *Terugdringen recidive: Gedragsinterventies*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Ministerie voor Jeugd en Gezin. (2010). *Perspectief voor jeugd en gezin*. Den Haag: Ministerie voor Jeugd en Gezin.
- Murray, J., Irving, B., Farrington, D. P., Colman, I. & Bloxsom, C. A. J. (2010). Very early predictors of conduct problems and crime: Results from a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(11), 1198-1207. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02287.x
- Nezu, A. M. & Nezu, C. M. (2008). Ensuring treatment integrity. In C. M. Nezu (Ed.), *Evidence-based outcome research: A practical guide to conducting randomized controlled trials for psychosocial interventions* (pp. 263-281). New York, NY US: Oxford University Press.
- Patterson, G. R., Reid, J. B. & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR.: Castalia.
- Perepletchikova, F., Treat, T.A., Kazdin, A. E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: Analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 829-841.
- Pijnenburg, H. (2010). Zorgen dat het werkt. In H. Pijnenburg (Ed.), *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd* (pp. 11-59). Amsterdam: SWP.
- Rossi, P. H. & Freeman, H. E. (1993). *Evaluation: A systematic approach* (5th ed.). Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.
- Rossi, P. H., Lipsey, M. W. & Freeman, H. E. (2004). *Evaluation: A systematic approach* (7th ed.). Thousand Oaks, CA US: Sage Publications, Inc.
- Schoenwald, S. K., Chapman, J. E., Sheidow, A. J. & Carter, R. E. (2009). Long-term youth criminal outcomes in MST transport: The impact of therapist adherence and organizational climate and structure. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 38(1), 91-105. doi:10.1080/15374410802575388
- Schoenwald, S. K., Henggeler, S. W., Brondino, M. J. & Rowland, M. D. (2000). Multi-systemic therapy: Monitoring treatment fidelity. *Family Process*, 39(1), 83-103.
- Smolders, M., Laurant, M., Duin, D. van, Wensing, M. & Grol, R. (2006). Werken met richtlijnen. Beïnvloedende factoren bij het handelen volgens multidisciplinaire richtlijnen angststoornissen en depressie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61(12), 1018-1030.

- Stals, K., Yperen, T. van, Reith, W. & Stams, G. J. (2008). *Effectieve en duurzame implementatie in de jeugdzorg. Een literatuurstudie over belemmerende en bevorderende factoren op implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Utrecht / Rijswijk: Universiteit Utrecht / Stichting Jeugdformaat.
- Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P. & Rothman, A. (2005). Can the randomized controlled trial literature generalize to nonrandomized patients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 127-135. doi:10.1037/0022-006X.73.1.127
- Veerman, J. W., Roosma, D. & Ooms, H. (2008). De kroon op het werk: Benutting van gegevens op teamniveau. In T. van Yperen, & J. W. Veerman (Eds.), *Zicht op effectiviteit. handboek voor praktijkgestuurd onderzoek in de jeugdzorg* (pp. 331-348). Delft: Eburon.
- Vogelvang, B. O. & Vermeiden, B. (2008). De verdere ontwikkeling van de hulpverlening: De bouwstenen methode. In T. van Yperen, & J. W. Veerman (Eds.), *Zicht op effectiviteit. handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Vosters, J. G. H. & Vogelvang, B. O. (2010). *Implementatie van gedragsinterventies door de reclasseringsorganisaties*. Den Bosch: Expertisecentrum Veiligheid / Avans Hogeschool.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. London: Lawrence Erlbaum.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J. & Barber, J. P. (2010). Therapist Adherence/Competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200-211.
- Webster-Stratton, C. (2006). Treating children with early-onset conduct problems: Key ingredients to implementing the incredible years program with fidelity. In N. T. Kerby (Ed.), *Helping others help children: Clinical supervision of child psychotherapy* (pp. 161-175). Washington DC.: American Psychological Association (APA).
- Weisz, J. R., Weiss, B., Han, S. S., Granger, D. A. & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.
- Werkgroep Toekomst Verkenning Jeugdzorg (2010). Jeugdzorg dichterbij.
- Yperen, T. van (Ed.) (2010). *55 vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T. van, Steege, M. van der, Addink, A. & Boendermaker, L. (2010). Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T. van (2010). Wat werkt in de jeugdzorg. Hoe en wat te implementeren. In H. Pijnenburg (Ed.), *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd* (pp. 81-99). Amsterdam: SWP.
- Yperen, T. van, & Veerman, J. W. (Eds.) (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.

Curriculum Vitae

Dr. L. (Leonieke) Boendermaker werkt sinds 1 februari 2010 als lector Implementatie in de jeugdzorg aan de Hogeschool van Amsterdam. Zij combineert deze functie met die van senior onderzoeker bij de basiseenheid Orthopedagogiek, onderdeel jeugdzorg aan de Rijksuniversiteit Groningen. Zij studeerde (sociale) pedagogiek in Leiden en Amsterdam (UvA) en promoveerde in 1999 in Utrecht op een proefschrift over de populatie en werkwijze in justitiële behandelinrichtingen voor jongeren. Zij was sinds 1986 achtereenvolgens werkzaam bij het Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum (WODC) van het Ministerie van Justitie, de Rijksinrichting voor meisjes De Lindenhorst en het Nederlands Jeugdinstituut (voorheen de afdeling Jeugd van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, NIZW-jeugd). Zij hield en houdt zich bezig met onderzoek naar de invoering, uitvoering en de uitkomsten van interventies binnen de jeugdzorg. Daarbij hebben interventies voor jeugdigen met gedragsproblemen en de uitvoering van interventies binnen de gesloten en/of justitiële jeugdzorg haar bijzondere aandacht.