

Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg

Tom van Yperen
Yvonne Booy
Marie-Christine van der Veldt

NIZW Jeugd
Utrecht, mei 2003

©2003 Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn / NIZW

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

Auteurs

T.A. van Yperen

Y. Booy

M.C. van der Veldt

Het rapport 'Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg' vormt onderdeel van een reeks van publicaties die door het NIZW Jeugd over resultaatbepaling in de jeugdzorg wordt uitgebracht.

Bij de totstandkoming van dit onderdeel is dankbaar gebruik gemaakt van commentaren die door Yvonne Kooijman (GZ-psycholoog Trajectum) en Jan Willem Veerman (hoogleraar universiteit Nijmegen) op eerdere versies geleverd zijn.

Bij verwijzing naar, aanhalen van of citeren uit het rapport is de volgende referentie te gebruiken:

T.A. van Yperen, Y. Booy en M.C. van der Veldt
Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg
Utrecht: NIZW, 2003

ISBN 90-5957-077-4

NIZW-bestelnummer E 229023

Dit rapport is te verkrijgen via www.jeugdzorg.nl of te bestellen bij:

NIZW Uitgeverij
Postbus 19152
3501 DD Utrecht
Telefoon (030) 230 66 07
Fax (030) 230 64 91
E-mail Bestel@nizw.nl

Inhoudelijke informatie over deze publicatie is te verkrijgen bij

NIZW Jeugd
Telefoon (030) 230 63 53
E-mail: t.vanyperen@nizw.nl

Inhoud

1. Inleiding	
1.1 Vraaggerichte en effectieve jeugdzorg: een spanningsveld?	3
1.2 Wat is vraaggerichte zorg?	3
1.3 De verbinding tussen vraaggerichte en effectieve zorg	6
1.4 Doel en opzet van de literatuurverkenning	8
2. Wat is ‘motivatie’?	10
2.1 Motivatie: beweegreden tot gedrag	10
2.2 Factoren in de waardetoekenning van situaties	10
2.3 Stabiele trek of beïnvloedbare staat?	11
2.4 Samenvatting	12
3. De rol van motivatie in de effectiviteit van de hulpverlening	13
3.1 Inleiding	13
3.2 Onderzoek naar relaties motivatie-effecten	13
3.3 Onderzoek naar tevredenheid en uitval van cliënten	14
3.4 Conclusies	16
4. Bevordering van de motivatie	17
4.1 Inleiding	17
4.2 Manieren om de motivatie te bevorderen	17
4.3 De therapeutische relatie	20
4.4 Vraaggericht werken en bevordering van motivatie	21
5. Conclusies	23
5.1 Inleiding	23
5.2 Belangrijkste bevindingen	23
5.3 Tot slot	24
6. Referenties	26

Bijlagen

1. Inleiding¹

1.1 Vraaggerichte en effectieve jeugdzorg: een spanningsveld?

In veel publicaties over de jeugdzorg lezen we dat de hulpverlening vraaggericht moet zijn (zie o.a. Concept Wet op de Jeugdzorg, 2001; Dronkers, 2002; Prakken e.a., 2002; Welling, 2000). Daarbij is het de opgave van de hulpverlener om na te gaan wat de cliënt van de hulpverlening vraagt. Vervolgens moet hij de hulp daar zo goed mogelijk op laten aansluiten. Tegelijk lezen we op veel plaatsen ook dat de hulpverlening effectief moet zijn (zie o.a. Concept Wet op de Jeugdzorg, 2001; Ministerie van Justitie, 2003). Uitgangspunt daarbij is dat de professionele zorg meer resultaat moet opleveren dan wanneer die zorg niet wordt geleverd. Zonder dat uitgangspunt vervalt immers elke legitimiteit van de professionele zorg.

Vraaggericht werken enerzijds en streven naar een effectieve zorg anderzijds lijken een zekere spanning op te roepen (zie ook Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1998). Immers, bij vraaggericht werken volgt men in belangrijke mate de wensen van de cliënt. Van de cliënt kan men echter niet verwachten dat deze in de formulering van zijn wensen de kennis meeneemt over welke hulpvormen het meest effectief zijn. Die kennis heeft de hulpverlener. Dat kan weer reden zijn om te beweren dat alleen de hulpverlener weet wat goed is voor de cliënt. Is het uit het oogpunt van effectiviteit van de zorg dan toch niet beter dat de hulpverlener het voor het zeggen heeft?

Doel van dit rapport is helder te krijgen of de uitgangspunten van vraaggerichte en effectieve zorg goed met elkaar te verenigen zijn. In paragraaf 1.2 wordt eerst nader ingegaan op wat 'vraaggerichte zorg' inhoudt. Daarna wordt in paragraaf 1.3 een theoretisch model beschreven waarin de principes van de vraaggerichte en effectieve zorg met elkaar in relatie worden gebracht. We presenteren een model dat ervan uitgaat dat de effectiviteit van de hulp wordt bepaald door algemeen en specifiek werkzame factoren. Een belangrijke algemeen werkzame factor is de motivatie van de cliënt voor de hulpverlening. De veronderstelling in dit rapport is dat een vraaggerichte aanpak de motivatie van cliënten om te veranderen verhoogt. Langs die weg draagt het bij aan de resultaten van de zorg. Paragraaf 1.4 schetst de opzet van een verkennende literatuurstudie die is verricht om na te gaan of er voor deze veronderstelling ondersteuning te vinden is. De hoofdstukken 2 tot en met 4 bieden een verslag van deze literatuurstudie. We besluiten met een discussie van de bevindingen en enkele aanbevelingen voor verdere ontwikkeling van het principe van de vraaggerichte zorg.

1.2 Wat is vraaggerichte zorg?

Dat de jeugdzorg meer vraaggericht moet zijn, daar lijkt iedereen het over eens. Of iedereen het er ook over eens is wat het principe van een vraaggerichte zorg inhoudt, is minder duidelijk. Wie zijn oor in de praktijk te luisteren legt, komt vele ideeën tegen. Ook in de literatuur treft men nog geen breedgedragen definitie aan. Van der Steege en Van Deur (2002; zie ook Van der Steege, 2003) voerden een inventarisatie uit naar de begripsinvulling door praktijkwerkers en deskundigen en kwamen tot de volgende inhoudelijke kenmerken van het begrip. Het idee van vraaggericht werken wordt door twee belangrijke elementen bepaald.

¹ In deze publicatie wordt geregeld gesproken over 'cliënt', 'ouder', 'hulpverlener' e.d. Voor het gemak wordt vaak in de hij-vorm naar personen verwezen. Bedoeld wordt dan hij/zij. Waar het woord 'cliënt' wordt gebruikt, kan 'cliëntsysteem' worden gelezen.

- In de eerste plaats kenmerkt *de basishouding van de hulpverlener* zich door respect, bescheidenheid en oprechtheid in de gezamenlijke dialoog met de cliënt en het gebruiken van methoden en instrumenten die aansluiten bij de behoeften en mogelijkheden van de cliënt. De rolverdeling tussen de hulpverlener en de cliënt is daarbij als volgt te karakteriseren:
 - de hulpverlener is procesbegeleider en adviseur van de cliënt en de cliënt is de besluitvormer;
 - de hulpverlener stelt zich dienstbaar en motiverend op;
 - in dit samenspel brengt de hulpverlener zijn professionele kennis en ervaring in en de cliënt zijn ervaringskennis;
 - de hulpverlener gaat in eerste instantie uit van de probleembeschrijving van de cliënt en komt in dialoog met de cliënt tot een gezamenlijke probleemdefinitie en hulpvraag;
 - in een proces van afweging en onderhandeling worden gezamenlijke doelen gesteld en naar manieren gezocht om de doelen te realiseren.
- Ten tweede is *een vraaggerichte hulpverleningsorganisatie* nodig, waarin er ruimte is en voldoende flexibiliteit heerst om op de vraag van de cliënt in te kunnen gaan. Belangrijke kenmerken van deze organisatie zijn:
 - zij bevat een structuur waarin het hulpverleningsaanbod flexibel en op maat is in te zetten;
 - zij biedt een cultuur en een managementstijl waarin medewerkers de ruimte krijgen om hulp op maat te geven;
 - managers bieden een coachende stijl van leidinggeven, waarbij veel verantwoordelijkheid bij de uitvoerende teams van hulpverleners gelegd wordt.

Kort samengevat kenmerkt het vraaggericht werken zich dus door het grote belang dat wordt gehecht aan de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt in de probleembeschrijving en de besluitvorming. De hulpverlener stelt zijn deskundigheid ten dienste. In dialoog proberen de cliënt en de hulpverlener tot consensus te komen over wat het probleem is, wat de hulpverleningsdoelen zijn en welke middelen gezocht worden. De hulpverleningsorganisatie faciliteert dit proces door vooral ruimte te bieden aan de desbetreffende hulpverleners. Vandaag de dag zijn er uiteenlopende instellingen in de jeugdzorg, zowel in de vrijwillige als in de opgelegde hulpverlening, die dit principe in praktijk brengen (voor een goede beschrijving, zie Prakken e.a., 2002).

Voor een deel lijkt het vraaggericht werken te zijn ingegeven door de invloed van marktdenken in de zorg: de cliënt is klant, de hulpverlening is een product, en producten vinden hun weg naar de markt als daar vanuit de klant vraag naar is.

Ook van invloed lijkt de voortdurende kritiek op de professionele diagnostiek. Onderzoek laat zien dat de besluitvorming van professionals in de diagnostiek en de indicatiestelling weinig rationeel is (voor een bespreking, zie o.a. Berben, 2000; Van den Berg, 1991; Ten Berge, 1998; Knorth, 1995; Pijnenburg, 1996). In die situatie is het logisch dat bij de bepaling van de gewenste hulp de stem van de cliënt zwaar mag wegen, als voor het overige het deskundigheidsgehalte van het besluitvormingsproces - op z'n zachtst gezegd - mistig is.

Zowel het marktgericht denken als de kritiek op de professionele diagnostiek versterken weer een derde invloed op het ontstaan van het vraaggericht werken: de emancipatie van de cliënt. De traditionele machtsverhouding tussen de hulpbehoevende leek en de gestudeerde hulpverlener maakt daarbij plaats voor een verhouding tussen een burger die recht heeft op zorg en een hulpverlener die deze zorg als een dienst behoort te leveren.

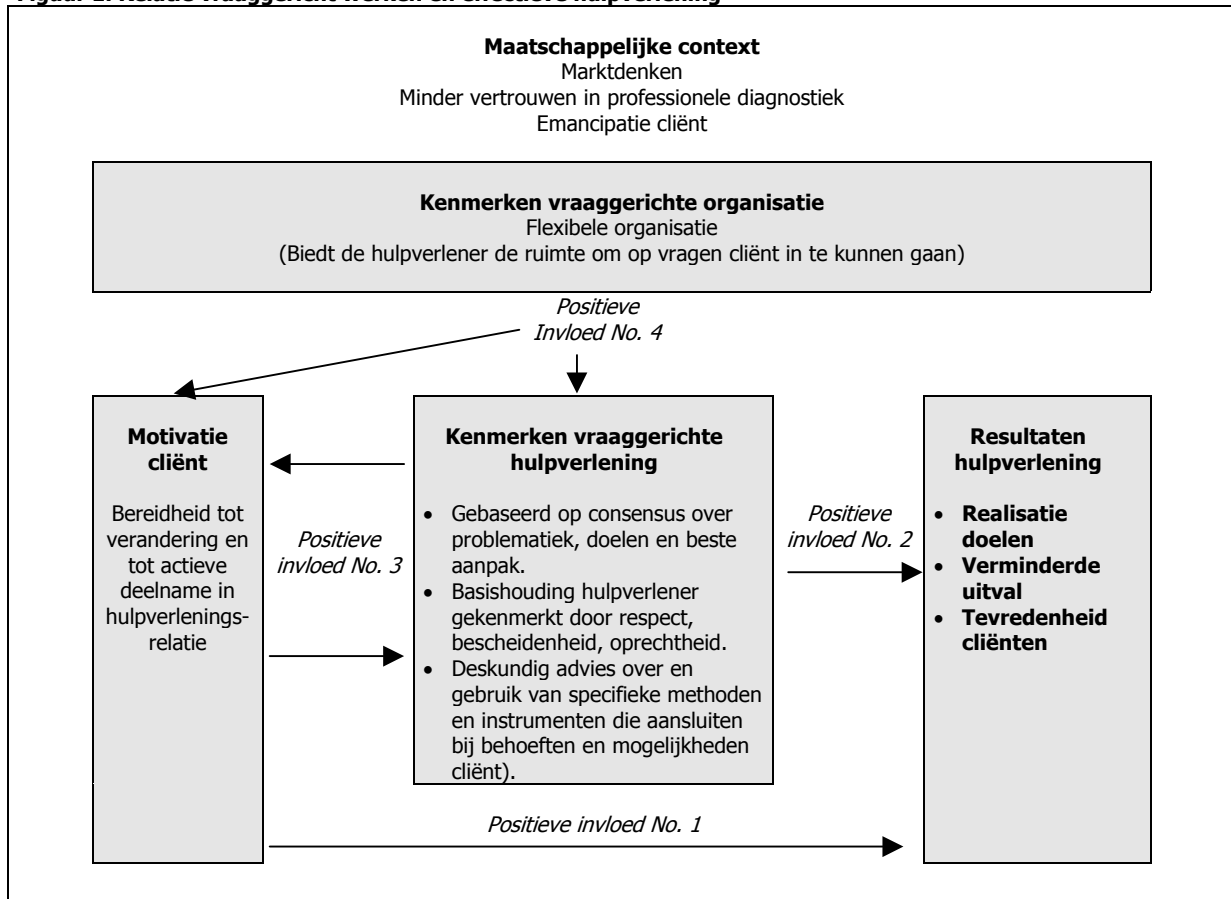
Als vierde laat zich hier de invloed gelden van een bepaalde visie op hulpverlening. Daarin speelt de cliënt een hoofdrol in het benoemen van het probleem waar hij of zij mee kampt, het formuleren van de doelen die in de hulpverlening centraal moeten staan en het aangeven van de rol die de hulpverlener in het realiseren van die doelen moet spelen. De hulpverlener is in deze opvatting niet zozeer ‘de deskundige’ die de diagnose stelt en een behandelwijze selecteert, maar meer de ondersteuner en de activerende motor in een proces waarin hij of zij de cliënten leert hun problemen op te lossen. Deze visie is niet nieuw, maar kent reeds een traditie van vele jaren (zie o.a. Bennema-Sybrandy, 1996; Hermanns, 1997; Rink & Knijff, 1986). Deze denkwijze valt de laatste jaren, wellicht door de andere invloeden die hier eerder zijn genoemd, duidelijk in goede aarde.

Het principe van de vraaggerichte jeugdzorg betekent niet dat de hulpverlening wordt gekenmerkt door een grote mate van vrijblijvendheid. Een manager van een instelling drukt het zo uit: “Vraaggericht werken impliceert niet een soort totale democratie. Als jongeren hun keuze hebben gemaakt, verwachten wij dat ze zich aan de gemaakte afspraken en de huisregels ... houden. Doen ze dat niet dan confronteren we ze met de consequenties van hun gedrag.” (Prakken e.a., 2002, p. 22). Ook betekent het niet in *alle* gevallen dat de cliënt beslist welke hulp er ingezet zal worden. In de jeugdzorg kunnen de cliënt en de professionele hulpverlener een verschillende rol innemen (Van Yperen & De Ruyter, 2001). Het uitgangspunt bij vraaggerichte jeugdzorg is dat de cliënt sterk bepalend kan zijn in de probleemanalyse, de keuze van de hulpverleningdoelen en de hulpvorm. De hulpverlener is in dat verband ondersteuner van dat proces, en aanbieder van beproefde methoden en instrumenten die helpen het probleem, de doelen en de aangewezen aanpak op tafel te krijgen en de hulp te effectueren. In een aantal gevallen zal de cliënt echter kennis, vaardigheden of vermogens missen om de bepalende rol op zich te nemen. In dat geval kan de hulpverlener overwegen een meer sturende rol op te pakken. In situaties waarbij het welzijn van de jeugdige ernstig wordt bedreigd, kan het soms nodig zijn dat de hulpverlener om een onderzoek vraagt door de Raad voor de Kinderbescherming om te bezien of hulp moet worden opgelegd. In weer andere extremen vraagt de cliënt om hulp die de hulpverlener professioneel of maatschappelijk niet kan verantwoorden. In dat geval treedt de hulpverlener op als een poortwachter die kan weigeren om een hulpvorm in te zetten. In de jeugdzorg zijn al deze rollen werkelijkheid. Het streven naar een vraaggerichte jeugdzorg houdt in dat men de rol van de bepalende cliënt en de dienstbare hulpverlener als uitgangspunt neemt. De overige rollen blijven mogelijk en soms noodzakelijk, maar gelden niet als de primaire inzet.

1.3 De verbinding tussen vraaggerichte en effectieve zorg

In theoretisch en praktisch opzicht is er op verschillende manieren een verband te leggen tussen vraaggericht werken en effectieve zorg. Figuur 1, ontleend aan Van Yperen (2003) geeft dit schematisch weer.

Figuur 1. Relatie vraaggericht werken en effectieve hulpverlening



In de figuur is het vraaggericht werken ingebed in de hiervoor beschreven context van een toename van het marktdenken in de zorgsector, het verminderde vertrouwen in de professionele diagnostiek en de emancipatie van de cliënt.

Uitgangspunt bij de figuur is dat de literatuur aanwijzingen geeft dat een effectieve hulpverlening een aantal algemene kenmerken vertoont, ongeacht de soort behandeling en de doelgroep (de zogeheten algemeen werkzame ingrediënten; zie ook Van Yperen, 2003).

Bekende voorbeelden van deze kenmerken zijn:

- een goede motivatie van de cliënt;
- goede kwaliteit van de relatie cliënt-behandelaar;
- een goede structurering van de interventie (duidelijke doelstelling, planning en fasering);
- uitvoering van de interventie zoals deze uitgevoerd hoort te worden;
- professionaliteit (goede opleiding en training) van de behandelaar;
- goede werkomstandigheden van de behandelaar (zoals draaglijke caseload, goede ondersteuning).

Denkbaar is daarbij dat de motivatie van de cliënt in dit geheel van factoren een belangrijke positie inneemt. Al is de kwaliteit van de relatie tussen de cliënt en de behandelaar nog zo goed, de interventie prima gestructureerd en uitgevoerd, en de professionaliteit en de werkomstandigheden van de hulpverlener nog zo goed, als de cliënt niet gemotiveerd is om te veranderen, is de kans op succes in de hulpverlening beduidend kleiner dan wanneer de cliënt wel gemotiveerd is. Maar het model in figuur 1 gaat er tegelijk van uit dat met vraaggericht werken de motivatie op een belangrijke manier is te beïnvloeden. De verschillende pijlen geven aan hoe dit zou kunnen werken.

Positieve invloed No. 1

De eerste pijl geeft de eerdergenoemde mogelijkheid weer dat de motivatie van de cliënt om de hulpverlening tot een succes te brengen een directe bijdrage levert aan de kans dat de hulpverlening ook daadwerkelijk goede resultaten heeft. Met andere woorden, de pijl geeft de veronderstelling weer dat ook bij een niet-vraaggerichte hulpverlening een goed-gemotiveerde cliënt meer kans op succes in de hulpverlening heeft dan een niet-gemotiveerde cliënt.

Positieve invloed No. 2

Ten tweede is te veronderstellen dat ook vraaggericht werken een directe invloed heeft op het succes van de hulp. Een centraal kenmerk van het vraaggericht werken in de hulpverlening is dat de cliënt en de hulpverlener in hun dialoog tot consensus komen over wat het resultaat van de hulp moet zijn. Dat leggen zij vast in de doelen en de daarbij passende aanpak die ze overeenkomen. In de dialoog over deze doelen en aanpak brengt de hulpverlener zijn professionele kennis in over wat effectief gebleken methoden zijn om problemen op te lossen. Hij doet dit op een op een respectvolle, bescheiden en oprechte manier. De hulpverlener kan langs deze weg op een voor de cliënt acceptabele wijze tips en adviezen inbrengen die 'evidence based' zijn. De directe invloed op de succesvolle hulpverlening ontstaat dus door de gezamenlijke definitie van wat 'succes' inhoudt, alsook door de 'evidence based' inbreng van de hulpverlener over hoe dat succes is te bereiken.

Positieve invloed No. 3

De derde pijl geeft aan dat via vraaggericht werken de motivatie van de cliënt is te beïnvloeden. Immers, de cliënt voelt zich door de respectvolle, bescheiden, oprechte en naar consensus toewerkende houding van de hulpverlener serieus genomen. De hulpverlener maakt bovendien gebruik van methoden en instrumenten die passen bij de behoefte van de cliënt. Dat laatste houdt bijvoorbeeld in dat de hulpverlener geen therapeutische acties onderneemt waar de cliënt niet aan toe is of waar hij geen behoefte aan heeft. Denkbaar is dat langs deze weg de cliënt groeit in de mate waarin hij bereid is om in de hulpverleningsrelatie te participeren en tot verandering te komen. Dat geeft weer meer ruimte aan de hulpverlener om te werken aan een op consensus gebaseerde aanpak in de hulpverlening, hetgeen weer verder bijdraagt aan de motivatie van de cliënt etcetera. Feitelijk heeft dit onderdeel betrekking op de kwaliteit van de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener. Daarom staan op deze plek in figuur 1 twee pijlen ingetekend.

Positieve invloed No. 4

Vraaggericht werken draagt volgens dit model nog op een ander manier bij aan de motivatie van de cliënt: de flexibiliteit van de vraaggerichte organisatie schept ruimte. Deze ruimte biedt voor de hulpverlener de mogelijkheid om een zo goed mogelijke matching te plegen tussen enerzijds de behoeften en mogelijkheden van de cliënt en anderzijds het arsenaal aan specifieke, effectief gebleken hulpverleningsmethodieken die de hulpverlener voor de cliënt kan aanboren. Bovendien loopt ook de cliënt niet gauw tegen starre routines of de grenzen

van de hulpverleningsinstelling op. Dat alles zal ten goede komen aan de motivatie van de cliënt om actief in de hulpverleningsrelatie te participeren.

Volgens het model van figuur 1 zullen de positieve invloeden op de resultaten uit een aantal verschijnselen op te maken zijn: de doelen die (door de cliënt en de hulpverlener) zijn gesteld zullen meer worden bereikt, er zullen minder cliënten zijn die afhaken en de cliënten zullen over het algemeen meer tevreden zijn.

Al met al gaan we ervan uit dat vraaggericht werken als volgt bijdraagt aan effectiviteit van de zorg:

- er gaat een positieve invloed uit op de motivatie van de cliënt;
- de cliënt en de hulpverlener stemmen af wat onder resultaat moet worden verstaan;
- de hulpverlener wordt erop aangesproken om zijn ‘evidence based’ adviezen op een respectvolle, bescheiden en oprechte manier in te brengen;
- er gaat een positieve invloed uit op de kwaliteit van de hulpverleningsrelatie;
- de hulpverleningsorganisatie wordt gepositioneerd als de flexibele leverancier van passende diensten.

Vraaggerichte hulpverlening en effectieve hulpverlening zijn in deze optiek geen principes die spanning opleveren. Integendeel, ze liggen in elkaars verlengde.

1.4 Doel en opzet van de literatuurverkenning

Om de geldigheid van het bovenstaande model aan een eerste toetsing te onderwerpen is een literatuurverkenning verricht naar de betekenis van en de relatie tussen de concepten van het bovenstaande model. De focus is daarbij gericht op een belangrijk sleutel-concept in figuur 1: de motivatie in de hulpverlening. De literatuurstudie diende drie doelen:

- expliciteren wat onder motivatie in de hulpverlening kan worden verstaan.
- licht werpen op de betekenis van de motivatie van de cliënt voor de effecten van de hulpverlening.
- helder maken of er in de literatuur aanwijzingen zijn te vinden welke werkwijze van de hulpverlener de motivatie van de cliënt bevordert en of deze werkwijze overeenkomt met wat in de figuur is omschreven als de basishouding van het vraaggericht werken.

Ten behoeve van de studie zijn allereerst de literatuurbestanden van de Mulock Houwer bibliotheek, de Trimbos bibliotheek en de bibliotheek van het NIZW geraadpleegd. In het literatuurbestand van de Mulock Houwer bibliotheek is gezocht met de volgende zoektermen: motivatie, beweegredenen, dwang, gedragsverandering, uitval (drop-out), recidive, behandeling, residentiële jeugdhulpverlening, hulpverlener-cliëntrelatie, vrijwillig en effectiviteit. In het literatuurbestand van de Trimbos bibliotheek is gezocht met de zoektermen: motivatie, jeugd, behandeling, residentiële hulpverlening, tevredenheid, uitval. Daarna is gezocht in een drietal databanken, te weten Psychlit (motivation, mental health, adolescence, treatment, youth), ERIC (motivation, treatment, youth, children, drop-out, compliance) en Medline (motivation, treatment, health care, youth, children, compliance). Gezocht is naar publicaties uit de periode 1990 tot 2001. Publicaties van eerdere datum zijn geselecteerd indien deze in hoge mate relevant waren.

De zoektocht pretendeerde geen allesomvattend beeld op te leveren van alles wat er over motivatie in relatie tot behandeling is gepubliceerd. Het gaat hier om een eerste toetsing van het beschreven model. Op grond hiervan kunnen voorstellen worden geformuleerd voor verdere, meer gerichte studies. Paragraaf 2 licht eerst het begrip ‘motivatie’ toe aan de hand van de gevonden literatuur. Paragraaf 3 en 4 gaan in op de rol van motivatie in de

hulpverlening. Tot slot volgt in paragraaf 5 een bespreking van de belangrijkste conclusies uit de literatuurstudie. Centraal staat daarbij de vraag: biedt de literatuur ondersteuning voor het in de vorige paragraaf geformuleerde model?

2. Wat is 'motivatie'?

2.1 Motivatie: beweegredenen tot gedrag

Er bestaat geen eenduidige definitie van de betekenis van het concept 'motivatie' in de context van de hulpverlening (Van Binsbergen e.a. 2001). In de Van Dale (Geerts & Den Boon, 1999) wordt motivatie omschreven als: "het geheel van factoren (ook aandriften en beweegredenen) waardoor gedrag gestimuleerd wordt" en "sterkte of intensiteit van de innerlijke gesteldheid die iemand tot het verrichten of nalaten van bepaalde gedragingen brengt". Deze omschrijvingen sluiten goed aan bij het common-sense begrip van wat motivatie in de hulpverlening inhoudt: het gaat om de beweegredenen van cliënten om al dan niet aan een hulpverleningstraject deel te nemen, om gedrag te vertonen dat in het kader van die hulpverlening nodig wordt geacht.

In de psychologie is het gebruikelijk om een onderscheid te maken in intrinsieke en extrinsieke motivatie. Intrinsieke motivatie ontstaat uit prikkels die in de persoon zelf zijn gelegen, zoals gevoelens van trots en zelfwaardering. Bij extrinsieke motivatie ligt de bron buiten de persoon, zoals bij dwang, bedreiging of beloning van een kind door een volwassene (Van Nijnatten & Van Berchum, 1996).

De motivatie kan voortvloeien uit basale driften van een persoon. Daarnaast kunnen ook ambities, nieuwsgierigheid, de wens om vaardigheden te beheersen een drijfveer vormen. Beslissingen die mensen op basis van deze drijfveren maken kunnen bewust en rationeel van aard zijn, waarin personen zich doelen stellen en in dat licht weloverwogen keuzes maken. Tevens is het mogelijk dat keuzes weinig rationeel zijn en eerder ingegeven worden door ervaring, patroonherkenning of gevoelens (Metaal, 1997). De term 'motivatie' verwijst daarmee naar een complex van drijfveren die tot beslissingen kunnen leiden die puur rationeel, maar ook meer 'intuïtief' tot stand kunnen komen. Anders gezegd, bij motivatie gaat het niet alleen om driften, maar ook om gevoelens, cognities, doelbewuste redeneringen.

2.2 Factoren in de waardetoekenning van situaties

Kaiser (1993) geeft aan dat de motivatie kan worden opgevat als een waardetoekenning van een persoon aan een situatie (bijvoorbeeld die van de hulpverlening). Met deze waardetoekenning zijn verschillende factoren verweven die de bouwstenen vormen van de uiteindelijke motivatie. De eerste factor is die van de situatie zelf: Kaiser noemt bijvoorbeeld de mate waarin de situatie onbekend en nieuw is, de onvoorspelbaarheid ervan, en onzekerheid of een gebeurtenis zal optreden, bepalend voor de mate waarin een persoon al dan niet tot bepaalde gedragingen zal overgaan. De overige factoren hebben betrekking op de waardering van de situatie door de persoon:

- *Attitude*. De attitude omschrijft Kaiser als een min of meer duurzame eenheid van drie componenten. De eerste is de kennis die de persoon over de situatie heeft (bijvoorbeeld "mijn ouders willen dat ik gehoorzaam en deze hulpverlener is door mijn ouders benaderd"). De tweede component is het gevoel dat de kennis subjectief maakt en dat bepaalt of een attitude een sterke of zwakke drijfveer voor het handelen wordt ("dit gepush van mijn ouders maakt mij pissig en de hulpverlener kan dus de boom in"). De derde component betreft de geneigdheid van de persoon om zich in een situatie op een bepaalde manier te gedragen (bijvoorbeeld, de jeugdige stelt zich in het algemeen tegenover autoriteiten – dus ook de hulpverlener - weinig coöperatief op).

- *Zelfbeleven*. Dit betreft de theorie van de persoon over zichzelf, zijn karakteristieken van zijn persoonlijkheid, zijn mate van zelftevredenheid. Hieronder valt ook de verwachting van de persoon dat hij over capaciteiten beschikt om in bepaalde situaties zo te handelen, dat hij de situatie ten gunste van zichzelf kan beïnvloeden (“Die hulpverlener is een softie, die leer ik wel af om alleen zijn oren naar mijn ouders te laten hangen”). Anders gezegd, het gaat hier om de mate waarin de persoon denkt situaties naar zijn hand te kunnen zetten om zijn eigen doelen daarmee te realiseren.
- *Instrumentaliteit*. Bij deze factor gaat het erom dat de persoon inschat in welke mate een bepaald gedrag in een bepaalde situatie geschikt is om een doel te kunnen realiseren. (“Als ik voet bij stuk hou, laten mijn ouders en die hulpverlener mij wel met rust.”)

Samenvattend betekent dit dat motivatie inhoudt dat een persoon ten opzichte van een bepaalde situatie geneigd is bepaalde gedragingen te vertonen. Die neiging wordt bepaald door een mix van attitude, zelfbeleven en ingeschatte instrumentaliteit van gedragingen.

2.3 Stabiele trek of beïnvloedbare staat?

Verandering van gedrag is een belangrijk doel van hulpverlening. Cliënten zijn echter niet zonder meer tot verandering bereid. Prochaska en DiClemente beschrijven een model dat aangeeft welke stadia worden doorlopen bij de totstandkoming van de bereidheid van een persoon om gedragingen aan te passen. (Zie Prochaska & DiClemente, 1984; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Dat model bestond eerst uit vijf niveaus van veranderingsbereidheid. Een zesde is later toegevoegd. De eerste drie omvatten de ontwikkeling van de motivatie tot verandering (Van Binsbergen e.a., 2001).

- *Voorbeschouwing (precontemplatie)*: op dit niveau bestaat er (nog) geen intentie tot verandering. De persoon is zich vaak niet bewust van het probleem. Het is hier doorgaans de omgeving die het probleem ervaart en op de persoon druk uitoefent om te veranderen. Er is doorgaans weerstand tegen de herkenning van het probleem en tegen pogingen van een behandelaar om verandering in gang te zetten.
- *Overpeinzing (contemplatie)*: hier is de persoon zich bewust dat hij een probleem heeft. Ook bedenkt de persoon wat de verandering kan opleveren. De motivatie om er iets aan te doen is aanwezig, maar er wordt door de persoon nog geen actie ondernomen. De cliënt staat open voor interventies van de behandelaar die een bewustmaking van het probleem bevorderen.
- *Besluitvorming (voorbereiding)*: op dit niveau maakt de persoon echt plannen om iets aan het gedrag te gaan doen.
- *Actie*: hier onderneemt de persoon daadwerkelijk actie om het gedrag te veranderen. De eigenlijke behandeling, gericht op de verandering, vindt hier plaats.
- *Onderhoud of consolidatie*: op dit niveau probeert de persoon de bereikte verandering te bestendigen en niet terug te vallen. Daartoe wordt het nieuwe gedrag zoveel mogelijk ingebouwd in het dagelijkse bestaan.
- *Terugval*. Zoals gezegd is het zesde niveau later toegevoegd. In de meeste gevallen is de persoon niet in staat om de bereikte situatie volledig vast te houden. Terugval komt geregeld voor. Het van oorsprong lineaire model met vijf achtereenvolgende niveaus is daarom later bijgesteld tot een spiraalvormig model. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat, elke keer wanneer de persoon terugvalt, hij niet helemaal opnieuw moet beginnen, maar leert van de eerdere pogingen.

Van Binsbergen e.a. (2001) onderzochten onder jeugdigen en hulpverleners in justitiële jeugdinstituten hoe de motivatie zich in de verschillende niveaus van Prochaska en DiClemente concreet manifesteert. Op elk niveau uit de motivatie zich in twee gedragsdimensies. In de eerste plaats verschillen de niveaus in de mate van *gerichtheid op*

gedragsverandering van de cliënt. De benoeming van de verschillende mate waarin die geneigdheid kan bestaan, sluit nauw aan bij het hierboven gemaakte onderscheid van Prochaska & DiClemente. De tweede dimensie wordt gekenmerkt door de *kwaliteit van de contactname* in de behandeling. Dit kan variëren tussen een afwezigheid van (bereidheid tot) contactname van de jeugdige met de hulpverlener, een disfunctionele contactname (de bereidheid tot contact is er wel, maar er is nog geen relatie tot stand gekomen) en een normale en functionele contactname. Het onderzoek van Van Binsbergen heeft laten zien dat de niveaus van Prochaska en DiClemente ook daadwerkelijk in het gedrag van de cliënten zijn terug te herkennen.

Een zelfde soort inzichten als die van Prochaska & DiClemente zijn in veel werken van auteurs in de jeugdzorg te vinden (zie o.a. Van Bilsen, 1992; Duivenvoorden, 1982; Faas, 1995, 1996; Van Grimhuizen, 1997; Spanjaard, 1996; Ris, 2000; Van Deur, 2000; Van Binsbergen e.a., 2001). Gemeenschappelijk element is dat de motivatie van de cliënt niet als een vaststaand persoonskenmerk van de cliënt wordt beschouwd, maar als een door de hulpverlener te beïnvloeden neiging om zich in een hulpverleningsrelatie op een bepaalde manier te gedragen. Deze beïnvloeding zou plaats kunnen vinden door voorafgaand aan de eigenlijke interventie hulpverleningsactiviteiten te ondernemen die afgestemd zijn op het niveau van de ontwikkeling van de motivatie waarin de cliënt zich bevindt.

2.4 Samenvatting

Keren we nu terug naar de vraag wat motivatie is, dan ontstaat daarover – met het oog op de hantering van dit begrip in de hulpverlening – het volgende beeld. Motivatie is het geheel van de attitude, de zelfbeleving en de ingeschatte instrumentaliteit van gedragingen dat bepaalt hoe een cliënt geneigd is om zich in een hulpverleningssituatie te gedragen. De motivatie uit zich in gevoelens, cognities, doelbewuste redenties en uiteindelijk in concrete gedragingen. Bij elkaar zijn deze in hoofdzaak te kenmerken als een bepaalde mate van gerichtheid op verandering en een bepaalde kwaliteit van contactname met de hulpverlener.

De literatuur laat verder zien dat een gebrek aan motivatie niet opgevat moet worden als een stabiele eigenschap van de cliënt, maar als een door de hulpverlener te beïnvloeden gegeven. De motivatie van de cliënt kan zich daarbij op verschillende niveaus bevinden, waarbij elk niveau gekenmerkt is door een toenemende gerichtheid op verandering en een toenemende contactname met de hulpverlener.

3. De rol van motivatie in de effectiviteit van de hulpverlening

3.1 Inleiding

De vraag die in deze paragraaf centraal staat is of uit onderzoek blijkt dat een goede motivatie voor hulpverlening inderdaad samenhangt met een goed resultaat van die hulpverlening. Als dat zo is, dan heeft het zin verder te bekijken of vraaggericht werken de motivatie verhoogt, zodat langs die weg bijgedragen wordt aan de effectiviteit van de zorg. Onze literatuurverkenning leert dat in de jeugdzorg weinig systematisch onderzoek is verricht naar het verband tussen motivatie en effect van hulpverlening. De meeste van de gevonden studies hebben betrekking op de relatie tussen motivatie en behandelresultaten bij verslavingszorg, in het bijzonder bij interventies voor alcoholproblemen van adolescenten en jong volwassenen. Twee ingangen worden gebruikt om de literatuur te bespreken. De eerste richt de focus op onderzoeken waarin de relatie tussen motivatie en effecten van de psychosociale hulpverlening aan jeugdigen op de voorgrond staat. De tweede ingang betreft studies met betrekking tot de redenen van ontevredenheid en uitval van cliënten uit de hulpverlening.

3.2 Onderzoek naar relaties motivatie - effecten

Studies waarin directe relaties worden onderzocht tussen enerzijds de motivatie van de cliënt en anderzijds de uitkomsten van de behandeling bij jeugdigen zijn uiterst schaars. Publicaties die wij vonden, betroffen vooral kenmerken die verband lijken te houden met motivatie en behandelingseffect, maar die niet ondubbelzinnig aan deze concepten kunnen worden gerelateerd. Zo onderzochten Adelman, Kaser-Boyd en Taylor (1984) bij 42 jeugdigen van 10-19 jaar de relatie tussen enerzijds de participatie bij de beslissing om met psychotherapie te beginnen, het begrijpen van de behandelingsdoelen, de communicatie, de mate van commitment aan de behandeling, en de algemene attitude ten opzichte van psychotherapie en anderzijds de uitkomsten van de behandeling. Het bleek dat ondanks het feit dat veel jeugdigen wel de competentie hadden om te participeren, slechts weinigen (met name de oudere jeugdigen) betrokken waren bij het beslissingsproces. Het onderzoek laat echter ook zien dat bij jeugdigen het instemmen met een behandeling op zich weinig te maken heeft met commitment en de uitkomst van een interventie. Wel ondersteunen de resultaten het idee dat betere uitkomsten het resultaat zijn van een sterker commitment en de uitkomsten van een behandeling beter zijn naarmate de aanpassing aan de behandeling beter is.

Carlson, Barr & Young (1994) gingen bij 84 jeugdige delinquenten van gemiddeld 15 jaar en hun ouders na wat de relatie is tussen de 'ontvankelijkheid' (amenability) voor behandeling en de uitkomsten. Ontvankelijkheid werd hier opgevat als het inzicht hebben in de problemen, het besef van een eigen aandeel in de problemen, het zich zorgen maken over de situatie waarin de jeugdige zich bevindt, en de kans die de jeugdige en de ouder inschat dat zij geholpen kunnen worden. De onderzoekers vonden geen duidelijk verband tussen ontvankelijkheid en de uitkomsten van de behandeling. Wel vonden ze aanwijzingen dat meer ontvankelijke jeugdigen meer betrokken zijn bij de interventie, en betrokken jeugdigen minder problemen tonen tijdens de behandeling en betere korte-termijn-resultaten laten zien. Maar deze aanwijzingen zijn - onder meer door een onvoldoende onafhankelijkheid van metingen en uitval van respondenten - te zwak om er ferme conclusies uit te trekken.

Keijsers, Hoogduin en Hagedaars (1998) onderzochten in een studie naar motivatie voor psychotherapie in het algemeen (niet specifiek voor jeugdigen) welke factoren van belang zijn bij de werkzaamheid van de behandeling. Zij komen tot de conclusie dat een actieve inzet en

bereidheid van de cliënt om open over problemen te praten van grote invloed zijn op het behandelingseffect.

Knorth (1987) onderzocht intake-criteria van residentiële instellingen en kwam tot de bevinding dat de meeste instellingen jeugdigen weigeren als deze niet gemotiveerd zijn. Kennelijk verwachten de instellingen bij deze ongemotiveerde jeugdigen geen behandelingseffect te kunnen boeken.

Deze magere resultaten van de literatuurverkenning laten nauwelijks conclusies toe over de relatie tussen motivatie en resultaat. Betrokkenheid ('commitment') en actieve inzet bij de behandeling lijken gerelateerd aan een betere uitkomst. Maar omdat de onderzoekers in deze studies geen expliciete verbanden leggen met het begrip 'motivatie', kunnen we hier hoogstens spreken van een indicatieve ondersteuning.

3.3 Onderzoek naar tevredenheid en uitval van cliënten

Kijken we naar de factoren die een rol spelen bij de tevredenheid en uitval van cliënten, dan zien we het volgende. Onderzoek van Wouda (Wouda, Van der Ploeg en Smit, 1987; Wouda, 1988) laat zien dat zo'n 37% van residentieel geplaatste jeugdigen uitvalt. Ongemotiveerdheid blijkt een veelvoorkomende reden voor deze uitval. Bij uitvallers blijkt minder vaak sprake te zijn van regelmatig overleg over behandelingsdoelen. De gestelde behandelingsdoelen blijken bij uitvallers minder vaak aan te sluiten bij hun eigen wensen en men blijkt niet in staat om uitvallers gedurende het verblijf te motiveren voor een behandeling. Een middel om de motivatie voor het tehuisverblijf te verhogen zou kunnen liggen in het werken met een behandelingscontract, waarin concreet staat aangegeven wat het doel is van het tehuisverblijf (Wouda, 1988).

Markslag (1993) noemt in haar overzichtsstudie een aantal factoren die het risico op uitval in de jeugdzorg vergroten. Met uitval wordt hier bedoeld: het voortijdig terugnemen van kinderen uit de hulpverlening op initiatief van de ouders. Een van de factoren betreft de motivatie voor behandeling. Wanneer de motivatie voor behandeling reeds in het begin laag is, is de kans op uitval groter. Zij die ambivalent staan tegenover de behandeling blijken eerder met de behandeling te stoppen. Het blijkt dat de vorm en de inhoud van de eerste hulpverleningscontacten met een cliënt voor een groot deel zijn motivatie en het vertrouwen in het verdere contact bepalen.

In een onderzoek onder 123 residentiële instellingen vonden Van der Ploeg en Scholte (2000) dat 80% van de behandelprogramma's te maken hebben met uitvallers. Niet-gemotiveerdheid van de cliënt noemen zij als één van de belangrijke oorzaken van deze uitval.

Van der Ploeg en Scholte (1996a) treffen in hun onderzoek naar de aansluiting van vraag en aanbod in de jeugdhulpverlening in Rotterdam uitvalpercentages aan die variëren van 4 tot 44 %, afhankelijk van het type instelling. Als de meest voorkomende redenen voor de uitval worden genoemd het niet (meer) kunnen handhaven van de jeugdige, het niet-aanslaan van de behandeling en weigering van de ouders en/of de jeugdige om verdere hulp te ontvangen. Bij iets meer dan de helft van de uitvallers werd gesteld dat de instelling geen hulp kon bieden die voor de jeugdige nodig was. Bij ongeveer een derde was er (ook) sprake van een vastgelopen relatie met de hulpverlener.

In een onderzoek in BJ-centra, maken Van der Ploeg en Scholte (1996b) een onderscheid tussen vroege en latere drop-outs. De vroege uitvallers blijken over het algemeen

‘misplaatste’ jeugdigen te zijn die een lichte problematiek hebben die niet past bij de relatief zware BJ-behandeling. De latere uitvallers zijn doorgaans de jeugdigen met ernstige gedragsproblemen die door de behandelaars niet goed aan te pakken zijn. In welke mate dit ‘niet goed aan te pakken’ samenhangt met motivatie-aspecten van de jeugdige, wordt in de studie niet duidelijk.

In een populatie-onderzoek in de Riagg-jeugdzorg (Vermande, Faber & Hutschemaekers, 1997) blijkt er in 30% van de gevallen sprake van een voortijdig afbreken van de interventie. Een belangrijke predictor van uitval blijkt de geringe hulpwens van de ouders te zijn. In een onderzoek naar de tevredenheid van cliënten in de Riagg-jeugdzorg constateren Konijn e.a. (1997) dat de jeugdigen en de ouders de hulpverlener over het algemeen wel aardig, voldoende deskundig en bereikbaar vinden, maar dat er over de inhoud, de vorm en het resultaat van de hulp wel het nodige aan te merken valt. Ruim een derde van de jeugdigen is ontevreden en vinden dat de Riagg vaak niet die hulp heeft geboden die ze gehad hadden willen hebben. De ouders zijn relatief het minst tevreden over de resultaten van de hulp. Voor een deel schrijven zij dat toe aan een verschil met de hulpverlener in het benoemen van de problematiek en in het verschil in de keuze van de behandelactiviteiten.

In een bundel onder redactie van Knoppert-van der Klein, Kölling en Hoogduin (1998) over therapie(-on)trouw in de geestelijke gezondheidszorg komen verschillende factoren naar voren die trouw bevorderen dan wel belemmeren. De kwaliteit van de therapeutische relatie behoort tot de potentiële voorspellers van uitval. Ook bijvoorbeeld lage sociaal-economische klasse, laag opleidingsniveau en laag inkomen van de cliënt hangen samen met hogere dropout-cijfers. Andere voorspellers zijn irreële verwachtingen en gebrek aan overeenstemming over het doel van de behandeling of de ernst van het probleem. Minder actieve therapeuten en minder steunende therapeuten hebben hoge dropout cijfers.

Keijsers, Hoogduin en Hagenaars (1998) vonden een samenhang tussen uitval uit de hulpverlening en een gebrek aan overeenstemming over het doel van de behandeling of de ernst van het probleem, alsmede tussen uitval en irreële verwachtingen over de behandeling.

Samenvattend laten deze studies twee dingen zien. In enkele onderzoeken wordt er een vrij directe relatie gelegd tussen een gebrek aan motivatie en ontevredenheid of uitval. Daarnaast zien we uit de studies het beeld ontstaan dat bij cliënten die ontevreden zijn of uitvallen

- bepaalde demografische kenmerken op de voorgrond treden (lage sociaal-economische klasse, laag opleidingsniveau en laag inkomen hangt samen met hoge uitval);
- er een vastgelopen relatie is met de hulpverlener;
- er een gebrek aan overeenstemming is tussen de cliënt en de hulpverlener over wat het probleem, het doel of de beste behandeling is.

Voor te stellen is dat de laatste twee bevindingen samenhangen. Een gebrek aan overeenstemming kan immers onderdeel zijn van een slechte relatie. De ontevredenheid of de uitval kan hier te maken hebben met een gebrekkige aansluiting van de hulpverlening bij het *eigen* bewustzijn van de cliënt van het probleem en de *eigen* inzichten in wat en hoe daar iets aan te veranderen is. In termen van het model van Prochaska en DiClemente zou hier spake zijn van een ‘mismatch’ in het motivatieniveau waarop de cliënt zich bevindt en de bijdrage van de hulpverlener: de hulpverlener heeft onvoldoende gechecked of zijn beeld van het probleem, de hulpvraag en de mogelijke oplossingen aansluiten bij het beeld dat bij de cliënt aanwezig is. Wellicht betekenen de gevonden resultaten met betrekking tot de demografische kenmerken dat die ‘match’ minder gemakkelijk tot stand komt wanneer de hulpverlener en de

cliënt op deze kenmerken een grotere afstand hebben. De gevonden studies leveren hiervoor aanwijzingen, maar zeker (nog) geen bewijs.

3.4 Conclusies

Het aantal onderzoeken dat wij hebben gevonden waarin een duidelijke empirische relatie is te leggen tussen de mate van motivatie van cliënten in de jeugdzorg en het resultaat van de jeugdzorg is uiterst beperkt. Op basis hiervan is de veronderstelde relatie feitelijk niet goed te toetsen. Hoofdzakelijk vinden we indirecte aanwijzingen dat er een relatie is tussen motivatie en resultaten van behandeling. Met name zien we dat de onderzoeken een relatie leggen tussen de betrokkenheid bij de behandeling, actieve inzet en commitment van de cliënt enerzijds en het succes van de behandeling anderzijds. Ook zien we dat ongemotiveerdheid als een belangrijke reden genoemd wordt voor uitval uit de hulpverlening. Daarnaast komt uit verschillende onderzoeken naar voren komt dat een slechte relatie met de hulpverlener, irreële verwachtingen ten aanzien van de hulp en een gebrek aan overeenstemming over de problematiek, de verwachtingen ten aanzien van de hulp en het doel van de behandeling bijdragen aan de uitval of aan ontevredenheid van cliënten. Mogelijk wijst dit erop dat gemotiveerdheid voor hulp geen eenzijdige eigenschap is van de cliënt, maar ook het resultaat kan zijn van een goede communicatie en afstemming tussen cliënt en hulpverlener. In termen van het model van Prochaska en DiClemente zou bij deze communicatie en afstemming sprake moeten zijn van een ‘match’ tussen het motivatieniveau waarop de cliënt zich bevindt – en het daarbij eigengemaakte inzicht in de problematiek en de mogelijkheden om daar wat aan te doen - en de bijdrage van de hulpverlener.

4. Bevordering van de motivatie

4.1 Inleiding

Naast literatuur over de relatie van motivatie met resultaten van behandeling, kunnen we ook te rade gaan bij bronnen waarin de vraag centraal staat hoe de motivatie van cliënten is te bevorderen. Mogelijk dat we daarin meer aanwijzingen vinden of en, zo ja, welke aspecten van motivatie een goede basis scheppen voor een effectieve behandeling. Paragraaf 4.2 biedt een bespreking van motivatietechnieken die in de literatuur in dit verband worden beschreven. In paragraaf 4.3 gaan we dieper in op de literatuur waarin de betekenis van de therapeutische relatie aan bod komt. Paragraaf 4.4 besluit met een beschrijving van de belangrijkste conclusies.

4.2 Manieren om de motivatie te bevorderen

Een vluchtige blik op de literatuur leert dat er een grote verscheidenheid aan wegen bestaat waarlangs hulpverleners de motivatie van de cliënt menen te kunnen bevorderen. Een bekende ordening in deze verscheidenheid is aangebracht door Lange (1981). Hij maakt daarbij een onderscheid tussen twee dimensies.

- *Congruente versus judo-achtige manieren van motiveren.* Bij congruente technieken is er in principe sprake van een goed samenspel tussen de hulpverlener en de cliënt in het ondernemen van actie en het volgen van de ander. Motiverende technieken zijn hier vooral gericht op het serieus nemen van de problemen die de cliënt naar voren brengt, het vestigen van een positieve verwachting bij de cliënt dat deze iets aan zijn eigen situatie kan veranderen en het duidelijkheid bieden over wat de hulpverlening inhoudt. Judo-achtige technieken worden met name toegepast bij cliënten voor wie de klachten een manier zijn om zichzelf te beschermen of die geneigd zijn een strijd met de hulpverlener aan te gaan. De hulpverlener is hier aangewezen op handelwijzen die de cliënt tot actie uitlokken. Interessant is dat Lange ook hierbij voorstelt de zienswijze van de cliënt over te nemen, bijvoorbeeld door in eerste instantie met de onverschillige of pessimistische zienswijze van de cliënt mee te gaan. Volgens de auteur leert de ervaring dat de cliënt daarmee wordt uitgelokt om als tegenreactie de houding van de hulpverlener te gaan weerleggen.
- *Algemene versus specifieke technieken.* De congruente of judo-achtige technieken zijn volgens Lange nader te differentiëren in algemene technieken, die als doel hebben de cliënt te motiveren voor de therapie in zijn geheel, en specifieke technieken, die erop zijn gericht om de medewerking aan bepaalde (onderdelen van) interventies te vergroten (bijvoorbeeld het vergroten van de kans dat de cliënt in het kader van de therapie huiswerkopdrachten wil maken).

Prochaska en DiClemente benaderen de indeling van motivatiebevorderende handelwijzen van de hulpverlener vanuit een andere invalshoek. Zoals we in paragraaf 3.2 zagen, gaan zij ervan uit dat cliënten zich op een verschillend niveau van de ontwikkeling van de motivatie kunnen bevinden. Aansluiten bij het motivatieniveau verhoogt volgens hen de kans op effectief hulpverlening. We zagen dat veel andere auteurs van een soortgelijk idee uitgaan. Ook laat onderzoek dat in het vorige hoofdstuk is gepresenteerd zien dat aansluiten bij de motivatie uitval voorkomt.

Prochaska, DiClemente en Norcross (1992) vonden nu op basis van studies naar de hulpverlening bij verslavingsproblematiek een relatie tussen het motivatieniveau en het type

hulpverlenend handelen dat ervoor kan zorgen dat de cliënt naar het volgende niveau ‘opschuift’. Figuur 2 geeft daarvan een overzicht.

Figuur 2. Samenhang motivatieniveau en type hulpverlenend handelen volgens Prochaska e.a. (1992)

Niveau				
<i>Voorbeschouwing (Precontemplatie)</i>	<i>Overpeinzing (Contemplatie)</i>	<i>Besluitvorming (Voorbereiding)</i>	<i>Actie</i>	<i>Onderhoud (Consolidatie)</i>
Type hulpverlenend handelen	<p>‘Bewustmakende’ interventies (observaties, confrontaties en interpretaties).</p> <p>Handelingen gericht op het laten ervaren en uitdrukken van gevoelens over het probleem en de oplossingen (rollenspel, psychodrama, rouw).</p> <p>Handelingen gericht op verhelderen van de invloed van het probleem op de omgeving.</p>	<p>Handelingen gericht op het verhelderen van hoe de cliënt over zichzelf in relatie tot het probleem denkt (o.a. verhelderen van waarden, denkbeelden, wensen).</p>	<p>Handelingen gericht op het kiezen voor het zich verbinden aan actie, of het doen ontstaan van geloof in het vermogen om te veranderen (keuzes maken, voornemens formuleren, doelen stellen, commitmentverhogende handelingen zoals behandelcontracten aangaan).</p>	<p>Handelingen van beloning van verandering (zelfbeloning, beloning door anderen).</p> <p>Handelingen gericht op het wekken van vertrouwen en het zich openstellen bij iemand die om de cliënt geeft (de therapeutische alliantie, sociale steun, zelfhulpgroepen).</p> <p>Handelingen gericht op het substitueren van het probleemgedrag door alternatieven (ontspanning, desensitiseren, voor zichzelf opkomen, positieve zelfuitspraken).</p> <p>Handelingen gericht op het vermijden van of omgaan met stimuli die het probleemgedrag uitlokken (w.o. uitdovingstechnieken, eerst-denken-dan-doentechnieken, vermijden van risicovolle situaties).</p>

In termen van Lange (1981) gaat het hier voornamelijk om algemene motivatietechnieken (van congruente of judo-achtige aard). Kenmerkend is dat de cliënten die zich in de lagere motivatieniveaus bevinden door de hulpverlener gestimuleerd worden om vanuit verschillende perspectieven na te denken over het eigen functioneren. Van hieruit moet bij de cliënt het (zelf-)commitment ontstaan om te veranderen. Het formuleren van hulpverleningsdoelen en het maken van behandelcontracten past volgens deze benadering bij cliënten die zich in een meer gevorderd motivatieniveau bevinden en bereid zijn tot het vestigen van dat commitment. Is dat commitment aanwezig, dan komen volgens de auteurs de therapeutische interventies in engere zin aan de orde. In het overzicht is verder te zien dat handelingen die gericht zijn op het wekken van vertrouwen en het zich openstellen (het vestigen van de therapeutische alliantie) in dit model niet als een basale aanpak bij alle niveaus aan de orde komt. Volgens de onderzoekers is het vestigen van deze alliantie in dit model vooral een zaak als er bij de cliënt ook bereidheid tot actie is. In paragraaf 4.3 komen we hierop terug.

Het model van Prochaska en DiClemente impliceert dat interventies die succesvol zijn gebleken om gedragsveranderingen teweeg te brengen, kunnen falen als deze worden toegepast bij cliënten die nog niet op het actieniveau zijn. De behandelaar begint bijvoorbeeld al met interventies gericht op gedragsverandering, terwijl hij met strategieën gericht op overpeinzing of besluitvorming zou moeten starten. Dat kan ertoe leiden dat de cliënt de hulpverlening de rug toekeert en de behandeling geen resultaat oplevert (zie ook Schippers, Ernst en Van Bilsen, 1988).

Ook bij andere auteurs komen we aanwijzingen tegen over handelwijzen van de hulpverlener die de cliënt motiveren. Een probleem hierbij is dat het beeld dat zij leveren wat versnipperd

is, onder meer omdat de door hen besproken aanpakken niet altijd eenduidig te koppelen zijn aan integrale modellen als die van Lange of van Prochaska en DiClemente. Zo beschrijven Miller en Rollnick (1991; zie ook Rollnick & Miller, 1995) handelwijzen die onder de noemer van 'motivationaleel interviewen' worden gepresenteerd. De aanpak is ontworpen om cliënten in de zogeheten 'bewustwordingsfase' te ondersteunen bij het nemen van een besluit over eventuele veranderingen in het gedrag (zie ook Van den Brink, 1996; Borsari & Carey, 2000). In termen van het model van Prochaska en DiClemente gaat het hier om handelingen die gericht lijken te zijn op de eerste drie niveaus (voorbeschouwing, overpeinzing en besluitvorming). De rol van de hulpverlener is volgens Miller en Rollnick daarbij niet directief (in de zin van voor de cliënt oplossingen bedenken, suggesties geven, analyses maken), maar gaat uit van twee principes. In de eerste plaats hanteert de hulpverlener een onvoorwaardelijke acceptatie, dat inhoudt dat de therapeut de cliënt op een positieve en hoopgevendende manier bejegend en de keuzes van de cliënt accepteert en respecteert. Daarnaast gebruikt de hulpverlener vormen van constructieve (zelf)confrontatie. Dit houdt in dat de hulpverlener de cliënt feedback of adviezen kan voorhouden, maar dat dit op een empathische manier gebeurt. Daarbij luistert de hulpverlener scherp naar uitspraken van de cliënt en presenteert hij feedback of adviezen als hypothesen over de onderliggende bedoeling van deze uitspraken. De keuze om al dan niet te veranderen moet de cliënt zelf maken. Deze aanpak moet er toe leiden dat de cliënt zich bewust wordt van de consequenties van zijn huidige gedrag en alternatieve vormen van functioneren die minder problemen opleveren. Deze discrepantie tussen huidig en alternatief gedrag en de keuze om daar wat mee te doen vormt de motor achter de motivatie om daadwerkelijk te veranderen.

Tober (1991) stelt dat motivationeel interviewen bij jeugdigen een goed antwoord kan bieden op de lage zelfwaardering en de negatieve reactie op autoriteitsfiguren bij jeugdigen. Deze gevoelens zijn vaak het resultaat van de waarneming van jeugdigen dat hun gedrag afkeuring en sancties oproepen bij autoriteitsfiguren en dat hun eigen gezichtspunten en verlangens vaak niet worden meegenomen in beslissingen die voor hen van belang zijn. Motivationeel interviewen biedt volgens de auteur mogelijkheden om het gevoel van eigenwaarde te vergroten en het geloof in eigen mogelijkheden om controle op het eigen leven uit te oefenen te laten toenemen. Hierdoor kunnen gevoelens van vijandigheid en weerstand tegenover autoriteiten voorkomen worden en de motivatie om in behandelingen te participeren worden vergroot.

Spanjaard (1996) gaat specifiek in op het belang van doelen en werkpunten om jongeren op het besluitvormingsniveau te motiveren. De motivatie van jongeren wordt volgens hem groter wanneer de jeugdigen nadrukkelijk betrokken worden bij het opstellen van en het beslissen over deze doelen en werkpunten. Dit wordt bevestigd door een experiment in Rijnhove (Du Prie, 1999), waarbij in een traject voorafgaand aan residentiële plaatsing veel tijd werd genomen om overeenstemming te krijgen over de hulpvraag en de doelen. Dit leidde tot meer gemotiveerde cliënten en een gezamenlijke opzet voor een hulpverleningsplan. Bovendien namen het wantrouwen en de weerstand af.

Een belangrijk instrument waarmee volgens Gerrits (2000) de hulpverlener in de gedwongen hulpverlening de motivatie van de cliënt kan beïnvloeden is de eigen houding. Deze moet open, duidelijk, tactvol en respectvol zijn. Bovendien is het van groot belang dat de hulpverlener zoekt naar de keuzemogelijkheden die de cliënt nog wél heeft. Dit zien we terug bij Bartels (2001), die beschrijft hoe – ook in de gedwongen hulpverlening – een sociale competentie-training wordt gepresenteerd als iets waar de jeugdige ja of nee tegen kan

zeggen. Kern van deze benadering is dat de jeugdige – binnen de ruimte die er is - keuzevrijheid wordt gegeven.

Vatten we het bovenstaande samen, dan komen de volgende elementen naar voren die in de eerste drie motivatieniveaus uit het model van Prochaska en DiClemente van belang lijken te zijn:

- de hulpverlener accepteert en respecteert de cliënt en gaat tactvol met de cliënt om;
- de hulpverlener helpt de cliënt bewust te worden van het probleem en de mogelijke en gewenste verandering door feedback of adviezen aan te reiken over de mogelijke bedoeling van de cliënt;
- de cliënt (de ouder, de jeugdige) is belangrijke factor in het opstellen van en het beslissen over de hulpvraag, de doelen en de werkpunten, zodat een appel wordt gedaan op het vermogen van de cliënt om controle over zijn eigen leven te voeren en om zijn problemen op te lossen;
- specifieke interventies gericht op gedragsverandering moeten pas starten als de cliënt zich ook echt bewust is van zijn probleem, zich verbindt aan actie, zich doelen stelt en denkt dat hij kan veranderen.

4.3 De therapeutische relatie

Zoals gezegd, zien we in het schema van Prochaska en DiClemente dat technieken die gericht zijn op het wekken van vertrouwen en het zich openstellen (het vestigen van de therapeutische alliantie) pas aan de orde zijn als de cliënt ook tot actie bereid is. Dit lijkt vreemd, omdat men mag aannemen dat de kwaliteit van de relatie tussen hulpverlener en cliënt ook aan het begin van een motivatietraject van belang is.

Verskillende studies laten zien dat de kwaliteit van de therapeutische relatie meer in het algemeen van belang is. Zo verzamelden Kroneman en De Jong (2000) meningen van jongeren over wat een goede een goede hulpverlener is. In het algemeen vinden jongeren dat een hulpverlener goed moet luisteren, serieus moet zijn en dat je ook met de hulpverlener over gewone dingen moet kunnen praten (“het moet een beetje een vriendin zijn”). Bovendien willen de jongeren niet gedwongen worden om over een bepaald onderwerp te praten, ze willen zelf beslissen waar ze over gaan praten. In een uitgebreide review van Lambert en Bergin (1994) naar de effecten van therapie bij volwassenen, komen de onderzoekers tot de conclusie dat interpersoonlijke, sociale en affectieve factoren die gemeenschappelijk zijn aan allerlei therapievormen de belangrijkste, zo niet cruciale, motoren zijn achter de verandering bij de cliënt. De rol van de persoon van de therapeut in het bereiken van resultaat noemen zij daarbij verrassend groot, als je die rol vergelijkt met het aandeel van de toegepaste therapeutische technieken. Knoppert e.a. (1998) stellen dat de kwaliteit van de therapeutische alliantie uit drie aan elkaar gerelateerde componenten bestaat: de mate waarin de therapeut en de patiënt het eens zijn over de doelen van de behandeling, de mate waarin ze het eens zijn over de taken om deze doelen te bereiken en de affectieve band tussen hen beiden. Op deze manier ingevuld, blijkt de alliantie een consistente predictor voor het behandelingsresultaat: een positieve beoordeling van de therapeutische relatie hangt samen met een beter behandelresultaat. Volgens Keijsers, Hoogduin en Hagens (1998) blijkt uit studies dat - ongeacht de oriëntatie van therapeuten – cliënten de gesprekken met een luisterende, respectvolle en meelevende therapeut, het serieus nemen van klachten en de in dat licht geboden adviezen waardeerden als de meest werkzame elementen van de behandeling. Boendermaker (1999) relativeert het belang van met name de affectieve band enigszins als het gaat om jeugdigen met antisociaal gedrag. Volgens haar kenmerkt de effectieve aanpak van

deze jeugdigen zich als concreet, praktisch, zakelijk en ‘streng maar rechtvaardig’. De aanpak moet volgens haar nadrukkelijk niet gericht zijn op het vestigen van een hechte relatie tussen therapeut en jeugdige, maar eerder op het verbeteren van de sociale en maatschappelijke vaardigheden en het gezinsfunctioneren. Waarom dat zo is, wordt in de literatuur niet geheel duidelijk. Wellicht gaat het er bij deze groep meer om dat de band tussen hulpverlener en cliënt niet expliciet op het gevoelsniveau wordt gevestigd, maar meer impliciet via activiteiten tot stand komt.

Al met zijn er aanwijzingen dat de kwaliteit van de therapeutische relatie in de verschillende stadia van de ontwikkeling van de motivatie van belang is. Deze relatie zal dan vooral bepaald worden door de mate waarin de hulpverlener erin slaagt

- acceptatie, respect (inclusief rechtvaardigheid) en tact aan de dag te leggen;
- niet overheersend te zijn maar consensus na te streven met de cliënt over de doelen van de behandeling en over de taken om deze doelen te bereiken;
- een band te vestigen met de cliënt.

Over de exacte aard van de band tussen cliënt en behandelaar (primair emotioneel of primair taakgericht) is het beeld minder eenduidig.

De plaats van de therapeutische alliantie in het schema van Prochaska en DiClemete is in het licht van het bovenstaande niet zo vreemd. Het zal bij hen vooral gaan om de alliantie waarin reeds consensus heerst over de problemen, de doelen en de te ondernemen activiteiten en waarin er een sterke gerichtheid is op *actie*. Het is een bondgenootschap in het gezamenlijk werken aan de realisering van de overeengekomen doelen van de interventie. Een dergelijke, actiegerichte alliantie is in het schema pas mogelijk op de hogere motivatieniveaus. Dat sluit niet uit dat de kwaliteit van de therapeutische relatie ook op de eerdere niveaus van belang is. Deze relatie zal in die fasen echter nog minder het karakter hebben van een bondgenootschap, maar meer in het teken staan van het vestigen van dat bondgenootschap. Voor de hulpverlener houdt dat in: toon respect, wees niet overheersend en werk aan de band met de cliënt.

4.4 Vraaggericht werken en bevordering van motivatie

Opvallend aan de motivatiebevorderende handelwijzen van de hulpverlener en de aspecten van de therapeutische relatie die in de vorige paragrafen zijn genoemd, is dat deze voor een deel overeenkomsten vertonen met de kenmerken van het vraaggericht werken die in paragraaf 1.2 aan de orde zijn geweest. Figuur 3 brengt dit in beeld.

Te zien is dat de motivatiebevorderende handelwijzen sterk lijken op de aspecten van de basishouding die het vraaggericht werken van de hulpverlener kenmerken. Drie elementen lopen consistent als een rode draad door beide benaderingen heen. De eerste is de *houding van de hulpverlener*, die gekenmerkt wordt door respect, bescheidenheid en tact en het vanuit deze houding aansluiten bij de behoeften en de mogelijkheden van de cliënt. De tweede is de *rolverdeling tussen cliënt en hulpverlener*, die gekenmerkt wordt door een dienstbare opstelling van de laatstgenoemde. De hulpverlener levert vanuit zijn deskundigheid feedback en adviezen aan de cliënt, maar toetst deze inbreng aan de kennis en de bedoelingen van de cliënt. Het derde element is het *streven naar consensus* over de probleemdefinitie, de hulpvraag, de doelen, de oplossingen en de werkpunten. De hulpverlener volgt dus niet klakkeloos de visie van de cliënt; tegelijk stelt hij zijn eigen visie niet voorop. Het gaat om een gezamenlijke betekenisgeving aan de situatie waarin de cliënt zit en de functie die de hulpverlening daarin kan vervullen.

Figuur 3. Relatie tussen vraaggericht werken en motivatiebevorderende handelswijzen van de hulpverlener

Kenmerken vraaggericht werken (par. 1.2)	Motivatiebevorderende handelswijzen (par. 4.2 en 4.3)	
<p><i>Basishouding van de hulpverlener:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • respect, bescheidenheid en oprechtheid in de gezamenlijke dialoog met de cliënt; • gebruik methoden/instrumenten aansluitend op behoeften en mogelijkheden cliënt; • hulpverlener stelt zich dienstbaar op; • hulpverlener brengt professionele kennis en ervaring in en cliënt ervaringskennis; • hulpverlener is procesbegeleider/adviseur, cliënt is besluitvormer; • hulpverlener gaat uit van probleembeschrijving cliënt en komt in dialoog tot gezamenlijke probleemdefinitie, doelen en oplossingen. 	<p><i>Algemene technieken:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • hulpverlener accepteert en respecteert de cliënt en gaat tactvol met cliënt om; • hulpverlener sluit met activiteiten aan op motivatieniveau cliënt; • hulpverlener helpt cliënt bewust te worden van probleem en mogelijke en gewenste verandering door feedback of adviezen aan te reiken als hypothesen over de bedoeling van de cliënt; • de cliënt (de ouder, de jeugdige) zijn belangrijke actor in opstellen van en beslissen over de hulpvraag, de doelen en de werkpunten. 	<p><i>Therapeutische relatie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • hulpverlener toont acceptatie, respect, tact • hulpverlener is niet overheersend maar streeft naar consensus over doelen en taken.
<p><i>De vraaggerichte hulpverleningsorganisatie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • heeft structuur waarin aanbod flexibel en op maat is in te zetten; • heeft cultuur en managementstijl die ruimte geeft voor hulp op maat; • heeft coachend management; uitvoerende teams hebben veel verantwoordelijkheid. 		

Geen overeenkomst is gevonden tussen de kenmerken van de vraaggerichte *organisatie* en de motivatiebevorderende handelswijzen. Dat wekt geen verbazing, als men zich realiseert dat de betekenis van organisatorische aspecten in het algemeen weinig aandacht krijgt in de literatuur over hulpverlening. Die geringe aandacht is een lacune, omdat het hulpverleners kan beperken in hun noodzakelijke bewegingsvrijheid om de motivatie van cliënten in het hulpverleningsproces zeker te stellen. Duidelijk is in ieder geval dat het concept ‘vraaggericht werken’ deze aandacht voor de organisatorische aspecten wel in zich bergt.

De aspecten waarop wel een overeenkomst tussen het vraaggericht werken en de motivatiebevorderende handelswijzen is gevonden, geven steun aan de veronderstelling dat vraaggericht werken de kans op een effectieve zorg verhoogt. Die steun bestaat dan vooral in de overeenkomst tussen de invulling van de begrippen. Hoewel die verbanden er logisch uit zien, moet verder onderzoek uitwijzen of de veronderstelling ook daadwerkelijk klopt.

5. Conclusies

5.1 Inleiding

Doel van dit rapport was helder te maken of de uitgangspunten van vraaggericht werken en effectieve zorg goed met elkaar te verenigen zijn. Een eerdere studie liet zien dat vraaggericht werken zich kenmerkt door het grote belang dat wordt gehecht aan de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt in de probleembeschrijving en de besluitvorming. De hulpverlener stelt zijn deskundigheid daarbij ten dienste. In de dialoog tussen cliënt en hulpverlener tracht men tot een consensus te komen over wat precies het probleem is, wat de hulpverleningsdoelen zijn en welke oplossingen gezocht worden. De hulpverleningsorganisatie faciliteert dit proces door vooral ruimte te bieden aan de desbetreffende hulpverleners.

Centraal in dit rapport stond de veronderstelling dat een vraaggerichte aanpak de motivatie van cliënten om te veranderen verhoogt, en langs die weg bijdraagt aan de effectiviteit van de zorg. Via een verkennende literatuurstudie is uitgezocht of er voor deze theoretische veronderstelling ondersteuning te vinden is. In de eerste plaats is daarbij nagegaan wat in de literatuur onder motivatie wordt verstaan. Ten tweede is onderzocht of een betere motivatie inderdaad bijdraagt aan een beter resultaat in de hulpverlening. Ten derde is bekeken welke motivatiebevorderende handswijzen van de hulpverlener er in de literatuur beschreven worden en of deze technieken overeenkomen met aspecten van vraaggericht werken.

5.2 Belangrijkste bevindingen

Motivatie wordt in de literatuur beschreven als het geheel van de attitude, de zelfbeleving en de ingeschatte instrumentaliteit van gedragingen dat bepaalt hoe een cliënt geneigd is om zich in een hulpverleningssituatie te gedragen. De motivatie uit zich in emoties, gedachten, gedragsintenties en concrete gedragingen. Deze zijn in hoofdzaak te kenmerken met een bepaalde mate van gerichtheid op verandering en een bepaalde kwaliteit van contactname met de hulpverlener. De literatuur laat zien dat een gebrek aan motivatie niet opgevat moet worden als een stabiele eigenschap van de cliënt, maar als een door de hulpverlener te beïnvloeden gegeven.

De veronderstelling dat een betere motivatie leidt tot betere resultaten in de hulpverlening wordt door studies ondersteund. Met name zien we dat onderzoeken een relatie leggen tussen de betrokkenheid bij de behandeling, actieve inzet en commitment van de cliënt enerzijds en het succes van de behandeling anderzijds. Ook zien we dat ongemotiveerdheid als een belangrijke reden genoemd wordt voor uitval uit de hulpverlening.

De literatuur wijst erop dat interventies gericht op gedragsverandering pas moeten starten als de cliënt zich ook echt bewust is van zijn probleem, zich verbindt aan actie, zich doelen stelt en denkt dat hij kan veranderen. Verder zijn er aanwijzingen dat de kwaliteit van de therapeutische relatie bij de verschillende motivatieniveaus van de cliënt van belang is. Deze kwaliteit zal vooral bepaald worden door de mate waarin de hulpverlener erin slaagt acceptatie, respect (inclusief rechtvaardigheid) en tact aan de dag te leggen en waarin hij niet overheersend is maar streeft naar consensus met de cliënt over de doelen van de behandeling en over de taken om deze doelen te bereiken. Over de betekenis van de affectieve band tussen cliënt en behandelaar is het beeld minder eenduidig.

Onze studie laat een vrij consistent beeld zien van de aspecten die zowel de motivatiebevorderende handelswijzen als de basishouding van het vraaggericht werken van de hulpverlener kenmerken:

- de *houding* van de hulpverlener wordt gekenmerkt door respect, bescheidenheid en tact en vanuit deze houding sluiten de hulpverlener aan bij de behoeften en de mogelijkheden van de cliënt;
- de *rolverdeling* tussen cliënt en hulpverlener wordt gekenmerkt door een dienstbare opstelling van de laatstgenoemde; de hulpverlener geeft deskundige feedback en adviezen, maar toetst deze inbreng aan de ideeën van de cliënt;
- er is een streven naar *consensus* tussen cliënt en hulpverlener over de probleemdefinitie, de hulpvraag, de doelen, de oplossingen en de werkpunten.

Kenmerken van de vraaggerichte organisatie vinden we niet terug in de literatuur over motivatie.

Op grond van onze bevindingen is het logisch om te veronderstellen dat vraaggericht werken de kans op een effectieve zorg verhoogt. Immers, studies laten zien dat een goede motivatie van de cliënt een betere uitkomst van de hulpverlening geeft. Verder blijkt dat een goede motivatie in de hand wordt gewerkt door een werkwijze die in veel opzichten lijkt op het vraaggericht werken. Het aantal onderzoeken dat wij in de verkennende literatuurstudie hebben gevonden waarin een duidelijke empirische relatie is gelegd tussen de mate van motivatie van cliënten in de jeugdzorg en het resultaat van de hulp is echter schameel. Een goede toets van het verband tussen vraaggericht werken, motivatie en resultaat is daarom niet mogelijk. Mogelijk is het verkennende karakter van onze studie daar debet aan en levert een uitgebreider literatuuronderzoek meer bruikbare gegevens op. Onze verkenning doet echter sterk vermoeden dat er op dit terrein gewoon weinig onderzoek is verricht. Een uitgebreider literatuuronderzoek zal daarom waarschijnlijk het verband tussen motivatie en effecten van hulpverlening enigszins verder bevestigen, maar over het algemeen zullen we genoeg moeten nemen met een beperkte empirische ondersteuning.

5.3 Tot slot

Naast de algemene conclusie dat de bestudeerde literatuur het theoretische model dat hier centraal stond lijkt te ondersteunen, moeten er ook een paar kanttekeningen worden gemaakt.

In de eerste plaats: de veronderstelling in het model dat de motivatie van de cliënt een algemeen werkzame factor in de hulpverlening is, verdient enige nuance. Zoals verschillende auteurs hebben aangegeven, is de motivatie geen stabiele trek, maar een beïnvloedbaar kenmerk van de cliënt. De hulpverlener moet er niet van uit gaan dat de cliënt zonder meer klaar is voor actie; het gaat erom aan te sluiten bij het motivatieniveau waarop de cliënt zich bevindt. Als die aansluiting goed plaatsvindt, dan is de kans groter dat de hulpverlener uiteindelijk succes boekt. Niet de motivatie van de cliënt is dan de algemeen werkzame factor, maar de goede ‘match’ tussen de handelswijze van de hulpverlener en het motivatieniveau van de cliënt.

Een tweede kanttekening is dat het model algemeen van karakter is. Het biedt geen specificaties van de veronderstelde verbanden al naar gelang de ontwikkelingsfase van de jeugdige en de samenstelling van het cliëntensysteem. Hoe moet het model bijvoorbeeld worden ingevuld als de hulpverlener te maken heeft met jeugdigen of opvoeders die slecht in staat zijn om op hun eigen gedrag te reflecteren? Hoe plaatsen we cliëntensystemen die zich kenmerken door grote onenigheid over de probleemdefinitie, de doelen van de hulp en de aangewezen

aanpak? Dit zijn nuances die in de door ons bestudeerde literatuur nog nauwelijks aan de orde komen. Nader onderzoek op dit terrein is daarom van belang.

Een derde kanttekening is dat ons model de suggestie kan wekken dat vraaggericht werken niet meer is dan een techniek van de hulpverlener om de motivatie van de cliënt te bevorderen. Dat zou echter een misvatting zijn. Hoewel in dit rapport de vraag centraal staat of er een relatie is tussen vraaggericht werken, motivatie en resultaten in de hulpverlening, houdt vraaggericht werken meer in dan alleen deze relatie. Zoals in paragraaf 4 is besproken, dekt de literatuur over motivatie niet de organisatorische aspecten van het vraaggericht werken. Dat alleen al laat zien dat vraaggericht werken meer inhoudt dan een motivatiebevorderende handelswijze van de hulpverlener. Meer in het algemeen geldt dat het streven naar vraaggericht werken in de hulpverlening een uiting is van een fundamentele vernieuwing van de jeugdzorg. Sommigen spreken in dit verband van een ‘paradigmaverschuiving’, anderen van het ‘kantelen’ van de jeugdzorg (zie onder meer Prakken e.a., 2001). Het gaat erom dat in de basishouding van de hulpverlener, in de rolverdeling tussen cliënt en de hulpverlener en in de hulpverleningsorganisatie de cliënt een centrale positie krijgt. Zo beschouwd is vraaggericht werken niet zozeer een techniek, maar eerder een fundament van hulpverlening.

6. Referenties

- Adelman, H.S., N. Kaser-Boyd & L. Taylor (1984). Children's Participation in Consent for Psychotherapy and their Subsequent Response to Treatment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 13 (2), 170-178.
- Bartels, A.A.J. (2001). Behandeling van jeugdige delinquenten volgens het competentiemodel. *Kind en Adolescent*, 22 (4), 211-226.
- Bennema-Sybrandy, J. (1996). Het contractmodel in de hulpverlening aan ouders en kinderen. In P. van Geert & S. Jackson, *Afspreken in de hulpverlening* (p. 9-52). Houten: Bohn Stafleu en Van Loghum.
- Berben, E.G.M.J. (2000). *Als iedereen hetzelfde was ... Indiciestelling in de jeugdzorg*. Academisch proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Berg, P.M. van den (1991). *Beslist geïnformeerd ...? Een onderzoek naar de opnamebesluitvorming in drie internaten voor jeugdhulpverlening*. Academisch proefschrift. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Berge, I. ten (1998). *Besluitvorming in de kinderbescherming. De ontwikkelingen en evaluatie van een checklist voor de beoordeling van meldingen bij de Raad voor de Kinderbescherming*. Academisch proefschrift. Delft: Eburon.
- Bilsen, H. van (1992). Motivatie als voorwaarde en brug tussen ongemotiveerde cliënt en overgemotiveerde hulpverlener. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 8 (3), 206-213.
- Binsbergen, M.H. van, E.J. Knorth, M. Klomp, M. & J.J. Meulman (2001). Motivatie voor behandeling bij jongeren met ernstige gedragsproblemen in de intramurale justitiële jeugdzorg. *Kind en Adolescent*, 22 (4), 295-311.
- Boendermaker, L. (1999). *Justitiële behandelinrichtingen voor jongeren. Populatie en werkwijze*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Borsari, B. & K.B. Carey (2000). Effects of a Brief Motivational Intervention With College Student Drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 728-733.
- Brink, W van den (1996). Effectieve interventies bij alcoholproblemen. In: Geerlings, P.J., Brink, W. van den & Schippers, G.M. *Behandelingsstrategieën bij alcoholproblemen*. Bohn Stafleu Van Loghum: Houten/ Diegem.
- Carlson, B.E., W.B. Barr & K.J. Young (1994). Factors Associated with Treatment Outcomes of Male Adolescents. *Residential Treatment for Children & Youth*, 12 (1), 39-58.
- Concept Wet op de jeugdzorg, Memorie van Toelichting*, versie 18 december 2001
- Deur, H. van (1996). *Samen door de bocht. Het methodisch handelen in de vrijwillig ambulante jeugdhulpverlening aan adolescenten*. Utrecht: NIZW.
- Dronkers, F. (2002). Vraaggericht werken met cliënten. Dicht bij de vraag blijven en goed afstemmen. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 6 (1), pp. 19-25.
- Duivenvoorden, H.J. (1982). *Motivatie voor psychotherapie. Een empirische verkenning*. Lisse: Swets & Zeitlinger. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Faas, M. (1995). "De vorige keer lukte het wel twee weken. Laten we kijken hoe je het nu nog langer kan volhouden": een minicursus over motiveren in de jeugdhulpverlening. *Tijdschrift voor de jeugdhulpverlening en jeugdwerk*, 7 (4), 25-30.
- Faas, M. (1996). *Crisisinterventie. Basisboek voor de jeugdzorg*. Utrecht: SWP.
- Geerts, G. & T. den Boon (1999). *Groot woordenboek der Nederlandse taal*. Utrecht: Van Dale.
- Gerrits, J. (2000). Help ik wordt geholpen! Helpen in 'gedwongen' kader: een uitdaging. *Perspectief*, 8 (1), 18-19.
- Grimhuizen, T. van (1997). Dwarse pubers en vermoeide hulpverleners: samen muren slechten. *Tijdschrift voor sociaal pedagogische hulpverlening*, 14 (maart), 28-30.

- Hermanns, J. (1997). Professionele diagnostiek en hulpvraaggericht werken. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek* (36), 91-100.
- Kaiser, L.H.W.M. (1993). Over de motivatie tot woonrevalidatie van langdurig opgenomen psychiatrische patiënten. *Gedragstherapie*, 26 (1), 49-66.
- Keijsers, G.P.J., C.A.L. Hoogduin & M.A. Hagens (1998). Therapietrouw en de therapeutische relatie; de betekenis van de therapeutische relatie voor het therapieresultaat. In: Knoppert, E.A.M. van der Klein, P. Kölling & C.A.L. Hoogduin (red.). *Richtlijnen ter bevordering van therapietrouw*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Knoppert-van der Klein, E.A.M., P. Kölling & C.A.L. Hoogduin (1998). Therapietrouw en therapietrouwbevordering. In: Knoppert, E.A.M. van der Klein, P. Kölling & C.A.L. Hoogduin (red.). *Richtlijnen ter bevordering van therapietrouw*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Knorth, E.J. (1987). *Opname op maat*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- Knorth, E.J. (1995). Besluitvorming over uithuisplaatsing in de jeugdzorg *Kind en Adolescent*, 16, 64-87.
- Konijn, C., J. van de Wijgert & M. Vermande (1997). *Cliënten over de jeugdzorg. Ontwerp en afname van een vragenlijst voor satisfactie en kwaliteitsbeoordeling door ouders en jeugdigen vanaf 9 jaar*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Kroneman, M. & B. de Jong (2000). Ze hadden moeten vragen: 'wat zit je dwars?': Jongeren over hun hulpverleners. *0-25*, jrg. 5 (6), 16-20.
- Lambert, M.J. & A.E. Bergin (1994). The effectiveness of psychotherapy. In: *Handbook of psychotherapy and behavior change (4th ed.)*, p. 143- 189. New York: Wiley.
- Lange, A. (1981). Het motiveren van cliënten in directieve (gezins-)therapie. *Dth*, 1, 57-74.
- Markslag, C. (1993). Eerst aankloppen, dan afhaken? Over het motiveren van ouders binnen de crisisopvang. *Tijdschrift K&O voor jeugdhulpverlening*, 36 (2), 20-25.
- Metaal, N. (1997). Motivatie wordt weer met een hoofdletter geschreven. *De Psycholoog*, 32, (5), 47-51.
- Miller, W.R. & S. Rollnick (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York, London: The Guilford Press.
- Ministerie van Justitie (2003). *Jeugd terecht. Actieprogramma aanpak jeugdcriminaliteit*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Nijnatten, C.H.C.J. van & K.M. van Berchum (1996). Jeugdreclassering en de motivatie van delinquente jongeren. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 35 (11), 455-465.
- Pijnenburg, H.M. (1996). *Psychodiagnostic decision-making within clinical conferences. Exploring a domain*. Academisch proefschrift. Nijmegen: NICI.
- Ploeg, J.D. van der & E.M. Scholte (1996a). *Analyse vraag en aanbod jeugdzorg regio Rotterdam*. Amsterdam: NIPPO
- Ploeg, J.D. van der & E.M. Scholte (1996b). *BJ-Centra in beeld 3*. Amsterdam: NIPPO.
- Ploeg, J.D. van der & E.M. Scholte (2000). Nieuwe programma's voor jeugdigen met ernstige psychosociale problemen nader belicht. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 39, 221-235.
- Prakken, J., A. van Dijke, M. van der Steege en L. Terpstra (2002). *Van Tribure naar speelveld. Vraaggericht werken in de praktijk*. Utrecht: NIZW.
- Prie, H. du (1999). Plaatsingsbegeleiding. Van experiment tot organisatiebrede inzet. *Nederlands tijdschrift voor Jeugdzorg*, 3 (5), 20-24.
- Prochaska, J.O. & C.C. DiClemente (1984). *The transtheoretical approach*. Homewood, Ill.: Dow Jones Irwin.
- Prochaska, J.O., C.C. DiClemente & J.C. Norcross (1992). In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. *American Psychologist*, 47 (9), 1102-1114.

- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (1998). *Naar een meer vraaggerichte zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid.
- Rink, J.E. & H.K. Knijff (1986). Inductie in de orthopedagogische diagnostiek. In: R. van der Kooij & H.K. Knijff, (Red.) *Tussen klacht en behandeling* (p. 31-49). Nijmegen: Dekker & Van de Vegt.
- Ris, K. (2000). Motivationale interviewen bij jeugdige delinquenten: ervaringen met het JET-project bij Rentray. *Balans*, april, 12-13.
- Rollnick, S. & W.R. Miller (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Schippers, G.M., A.J. Ernst & H. van Bilsen (1988). Motivatie en probleemdrinken. *Dth*, 8 (2), 135-148.
- Spanjaard, H. (1996). *Handleiding bij de VertrekTraining*. Utrecht / Amsterdam: NIZW / Paedologisch Instituut.
- Steege, M. van der (2003). *Gewoon goed hulpverleners. Over de cliënt centraal, vraaggericht werken en cliëntparticipatie in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW
- Steege M. van der & H. van Deur (2002). Ruimte voor oprechtheid, intuïtie en flexibiliteit. Vraaggericht werken en methodisch handelen. *Maatwerk. Vakblad voor maatschappelijk werk*, april 2002, 12-17.
- Tober, G. (1991). Motivational interviewing with young people. In: W.R. Miller & S. Rollnick; *Motivational interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York, London: The Guilford Press.
- Vermande, M., E. Faber & G. Hutschemaekers, 1997. *Vraag en aanbod in de Riagg-jeugdzorg. Een praktijkstudie vanuit het perspectief van cliënten, hulpverleners en verwijzers*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Welling, M. (2000). Vraaggericht werken in de jeugdhulpverlening. Is vraaggericht klantvriendelijk? *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 4 (4), 28-32.
- Wouda, P.L. (1988). *Uitval uit de jeugdhulpverlening: oorzaken en gevolgen*. Leiden: COJ.
- Wouda, P.L., J. van der Ploeg & M. Smit (1987). *Jongeren tussen wal en schip? – 1. Een onderzoek naar uitval uit de residentiële jeugdhulpverlening*. Leiden: COJ.
- Yperen, T.A. van (2003). *Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW.
- Yperen, T.A. van & D. de Ruyter (2001). Vraaggerichte diagnostiek en indicatiestelling in de Bureaus Jeugdzorg. In: H. Pelzer & P. Steerneman (Red.). *Diagnose van de diagnostiek*, p. 69-88. Leuven / Apeldoorn: Garant.

Bijlage

Activiteiten en publicaties *Resultaten interventies jeugdzorg en jeugdwelzijn*

NIZW-Jeugd brengt de kennis in kaart omtrent interventievormen in jeugdzorg en jeugdwelzijn. Dit leidt tot overzichten van welke interventievormen er zijn, rapportages over literatuurstudies naar de effecten van interventies en praktische besprekingen van methoden om de resultaten van interventies te bepalen.

De activiteiten zijn erop gericht meer zicht te krijgen op de aard en de resultaten van interventies bij jongeren en gezinnen door bestudering en samenvatting van resultaten uit wetenschappelijk en praktijkonderzoek. De kennis die langs deze weg wordt gegenereerd, wordt gebruikt om de kwaliteit van de sector te verbeteren. Tevens wordt de kennis benut om voor specifieke groepen of velden handreikingen op te stellen, gericht op de (verdere) ontwikkeling en de implementatie van methoden van resultaatbepaling in de praktijk. De overzichten en handreikingen worden uitgedragen in rapporten en informatie op internet, bijdragen aan boeken, tijdschriften en congressen, en bijdragen aan cursussen.

Enkele publicaties NIZW Jeugd over effectiviteit interventies jeugdzorg en -welzijn

- Yperen, T.A. van, W. van Gastel & P.J. de Jong (1996). *Evaluatie in de praktijk. Registratie in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Gelauff, C. (Red.; 2000). *Keuzegids VVE. Programma's, deskundigheidsbevordering en instrumenten op het gebied van Voor- en Vroegschoolse Educatie*. Den Haag/Utrecht: Makelaar VVE.
- Ince, D., M. Beumer, H. Jonkman & M. Pannebakker (2001). *Veelbelovend en effectief. Overzicht van preventieve projecten en programma's in de domeinen Gezin, School, Jeugd, Wijk. Eerste editie CtC-gids*. Utrecht: NIZW.
- Kooijman, K. & M. Zwikker (2001). *Kindermishandeling voorkomen door gezinnen te steunen. Beschrijving en analyse van home visitation-programma's ter preventie van kindermishandeling en verwaarlozing*. Utrecht: NIZW.
- Berger, M. & R. Menger (2002). *Op weg naar veelbelovende en effectieve programma's voor risicjongeren*. Utrecht: NIZW.
- Menger, R. (Red.; 2002). *Verslag Riskant leven. Conferentie over veelbelovende programma's voor risicjongeren*. Utrecht: NIZW.
- Prinsen, B., K. Verhegge & I. ten Thije (2002). *Met ouders samen. Opvoedingsondersteuning in de preventieve zorg in Nederland en Vlaanderen*. Utrecht / Brussel: NIZW / Kind en Gezin.
- Leerdam, FJM van, K. Kooijman & F.G. Öry (2002). *Systematische review naar effectieve interventies ter preventie van kindermishandeling*. Leiden / Utrecht, TNO-Preventie en Gezondheid / NIZW.
- Yperen, T.A. van (2003). *Resultaten in de jeugdzorg. Begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW
- Konijn, C. (Red.; 2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Boendermaker, L., M.C. van der Veldt & Y. Booy (2003). *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Yperen, T.A. van, Y. Booy & M.C. van der Veldt (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

T.A. van Yperen, Y. Booy en M.C. van der Veldt
Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg
Utrecht: NIZW, 2003

In veel publicaties lezen we dat de jeugdzorg vraaggericht moet zijn. De hulpverlener dient daarbij zoveel mogelijk de hulpbehoefte van de cliënt te volgen. Tegelijk worden er veel pleidooien gehouden voor een meer ‘evidence based’ hulpverlening. Dat houdt in dat de hulpverlener zijn interventies moet vormgeven volgens de inzichten over wat wel en niet effectief is. Hoe verhouden deze twee principes van vraaggericht werken en streven naar zo effectief mogelijk hulp zich tot elkaar? Het rapport *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg* belicht dit thema vanuit de literatuur. De studie laat zien dat de twee principes zich goed met elkaar verhouden. Het concept ‘motivatie van de cliënt’ vormt daarbij een belangrijke verbindende schakel. Het rapport biedt stafleden bij Bureaus Jeugdzorg en zorgaanbieders, methodiekontwikkelaars, docenten, onderzoekers en adviseurs een model dat behulpzaam is bij het op een samenhangende manier stimuleren van een vraaggerichte en meer effectieve zorg.

Het rapport is de laatste aflevering van een serie van vier publicaties. Het eerste deel gaat over de begrippen, maatstaven en methoden die bij de resultaatbepaling in de jeugdzorg van belang zijn. Het tweede deel rapporteert over internationale overzichten die over de effectiviteit van jeugdzorg zijn gemaakt. Het derde deel geeft een rondgang langs de Nederlandse studies die in de afgelopen twaalf jaar naar de effectiviteit van de jeugdzorg zijn gedaan. De documenten zijn te verkrijgen via www.jeugdzorg.nl.

Tom van Yperen is als senior medewerker verbonden aan het Expertisecentrum Jeugdzorg van het NIZW Jeugd. Tevens is hij als bijzonder hoogleraar ‘Onderzoek en ontwikkeling effectieve jeugdzorg’ werkzaam bij de Universiteit Utrecht. Yvonne Booy is onderzoeker bij de GG&GD in Amsterdam. Marie Christine van der Veldt werkt bij PI Research te Duivendrecht.

NIZW Jeugd is een landelijke publieke organisatie die gericht is op het vernieuwen en verbeteren van zorg- en welzijnspraktijken voor jeugdigen en hun ouders. NIZW Jeugd maakt deel uit van het NIZW.

ISBN 90-5957-077-4