



Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg

Stand van de discussie

Tom van Yperen
Mariska van der Steege
Anne Addink
Leonieke Boendermaker

Januari 2010
(rev.)

© 2010 Nederlands Jeugdinstituut

De eerste versie van dit rapport verscheen in januari 2010. In de onderhavige revisie, maart 2010, zijn twee correcties doorgevoerd: in paragraaf 5.2 is een eerder weggevalen algemeen werkzame factor opgenomen en in de lijst met referenties zijn twee missende publicaties alsnog opgenomen.

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

Tom van Yperen
Mariska van der Steege
Anne Addink
Leonieke Boendermaker

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

De tekst is te downloaden van www.nji.nl

Nederlands Jeugdinstituut

Catharijnesingel 47
Postbus 19221
3501 DE Utrecht
Infolijn t (030) 230 65 64
e info@nji.nl
i www.nji.nl
mobi [m.nji.nl](tel:m.nji.nl)

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Inleiding.....	5
2. De opzet van de literatuurstudie.....	6
3. Beeld van de huidige effectiviteit jeugdzorg.....	7
4. Waar is effectiviteit aan toe te schrijven? Model Lambert c.s.....	9
5. Nadere beschouwing: aandeel algemeen en specifiek werkzame factoren.....	11
5.1 Kloppen de percentages van Lambert c.s.?	11
5.2 De algemeen werkzame factoren ontleed	14
5.3 De algemene invloed van methodieken en technieken	17
5.4 De specifieke invloed van methodieken en technieken	18
6. Verbetering effectiviteit jeugdzorg: wat te doen?	21
7. Conclusies	24
8. Referenties	27
Over de auteurs	31

Samenvatting

De effectiviteit van de jeugdzorg is voor verbetering vatbaar. Zo blijkt er nog weinig met ‘evidence-based’ hulpverleningsmethoden te worden gewerkt. Er is echter discussie over de vraag of implementatie van dergelijke methodieken verbetering biedt. Een veelgeciteerde studie van Lambert zou uitwijzen dat 40% van de uitkomst wordt bepaald door factoren buiten de therapie, 30% door algemeen werkzame factoren, 15% door placebo-effecten en slechts 15% door specifieke methodiek. Deze bijdrage doet een verslag van een literatuurstudie naar de vraag of dit idee klopt. De studie laat zien dat er geen robuuste uitspraken zijn te doen over wat de verhouding is tussen de verschillende factoren. Er is weliswaar een duidelijke trend die laat zien dat de algemeen werkzame factoren verhoudingsgewijs een sterk effect lijken te hebben, maar de rol van specifieke methodieken is nog onvoldoende ontrafeld. Daar komt bij dat het beeld van de dominante algemeen werkzame factoren is gebaseerd op het verleden. Onze stelling is dat – door de potentie van specifieke methodieken beter te gaan benutten - in de toekomst de verdeling over de genoemde factoren er heel anders uit kan komen te zien. De conclusie is dat dan ook dat de discussie over de verhouding tussen de algemeen werkzame factoren en specifieke methoden nog lang niet is beslecht. De ‘proof of the pudding’ is door met deze methodieken te gaan werken en de resultaten ervan te onderzoeken.

1. Inleiding

Effectiever werken in de jeugdzorg staat hoog op de agenda. Velen zijn het erover eens dat er in dat opzicht de nodige verbeterlagen in de sector door te voeren zijn. De vraag is alleen: welke verbeterlagen? Daar lopen de meningen duidelijk over uiteen, zoals te merken is in debatten die over dit onderwerp overal in het land worden gevoerd. Grofweg komen we daarin twee uitersten in de posities tegen. De ene gaat ervan uit dat hulpverleners veel meer moeten gaan werken met specifieke interventies die ‘evidence-based’ zijn. Men kijkt dan veelal naar de databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut en stelt: de jeugdzorg moet met deze interventies gaan werken. De tweede positie stelt dat het niet zoveel zin heeft de focus te richten op de implementatie van specifieke interventies; het gaat vooral om de effectiviteit van de hulpverlener, zo is de stelling. Men beroept zich daarbij op de onderzoeksliteratuur van onder meer de Amerikaanse onderzoeker Lambert, waaruit zou blijken dat algemene hulpverleningsprincipes, zoals zorgen voor een goede kwaliteit van de relatie cliënt-hulpverlener en op een gestructureerde manier werken, in hoge mate de effecten van de hulp bepalen, terwijl de toegevoegde waarde van specifieke hulpverleningsmethoden slechts gering zou zijn. Dit laatste wordt ook wel het ‘Dodo bird verdict’ genoemd, naar Rozenzweig (1936) die doelt op de uitspraak in het boek *Alice in wonderland*: ‘Everyone has won so all shall have prizes’.

In deze bijdrage willen we een analyse maken van het vraagstuk dat hier aan de orde is. Drie vragen stellen we daarbij centraal. (1) Kijkend naar de onderzoeksliteratuur, wat weten we over de verhouding tussen de werkzaamheid van algemene factoren in de hulpverlening en die van specifieke methodieken? (2) Wat is de stand van de discussie over de weging van de algemene factoren en de specifieke methoden in dat verband? (3) Wat kunnen we hulpverleners in de praktijk en hun organisaties in dat licht het beste adviseren als ze de hulp verder willen verbeteren: moeten ze nu investeren in algemene hulpverleningsprincipes of in specifieke methodieken?

Om deze vragen te beantwoorden is door ons een literatuurstudie verricht. In deze bijdrage bieden we eerst een kort overzicht van hoe we daarin te werk zijn gegaan. Om de thematiek in het juiste licht te plaatsen bieden we daarop een kort resumé van de effectiviteit van de jeugdzorg in de dagelijkse praktijk. Dit maakt duidelijk dat het hier gaat om een onderwerp dat relevant is voor de alledaagse hulpverlening, niet slechts om een academische discussie. Op basis van dat praktijkbeeld stellen we daarna de kwestie aan de orde aan welke factoren de effectiviteit toe te schrijven is: algemeen werkzame factoren, specifieke methodieken of nog andere elementen? We gaan in dat verband wat dieper in op de argumentatie welke rol verschillende factoren spelen en kunnen spelen. We besteden daarbij aandacht aan wat we weten op basis van onderzoek en wat we vermoeden op basis van theorie en de ervaringen van experts. Vervolgens richten we de blik op de vraag hoe de verschillende factoren te benutten zijn om de (verdere) verbetering van de zorg tot stand te brengen. Tot slot vatten we de antwoorden op de drie centrale vragen samen.

2. De opzet van de literatuurstudie

Voor het beantwoorden van de vragen is de (internationale) onderzoeksliteratuur doorzocht vanaf 1998. Twee vragen waren hierbij leidend: 1) Welk empirisch bewijs is beschikbaar voor de effectiviteit van algemeen werkzame factoren? en 2) Wat zegt empirisch onderzoek over de (gewenste) verhouding van algemeen en specifiek werkzame factoren? We gebruikten de volgende internationale databases: PsycINFO, Narcis, Eric en Social Care online, naar Nederlandse studies zochten we in Picarta, de Mulock Houwer Bibliotheek en de databank Nederlands Onderzoek Jeugd en Opvoeding.

De volgende Engelse zoektermen werden gehanteerd:

- Common factors, non-specific factors, therapeutic alliance, (therapeutic) approach, motivation, strategy, techniques, alliance building, needs led;
- Youth, juvenile, adolescent, delinquent youth, client;
- Treatment outcome, outcome, effect*, eff*, evaluat*, result*, best practices, evidence-based, program.

De Nederlandse zoektermen waren:

- Algemeen werkzame factoren, factoren, ingrediënten, elementen, aspecten, benadering, therapeutische relatie, competenties therapeut, bejegening, therapeutische alliantie, motivatie, technieken, vraaggericht (werken), werkrelatie;
- Jeugd, jongeren, jeugdigen, delinquenten, cliënt;
- Effectief, effectiviteit, best practices, evidence-based, doeltreffend, evaluatie, effect, effectmeting, resultaat, resultaatmeting, doelmatigheid.

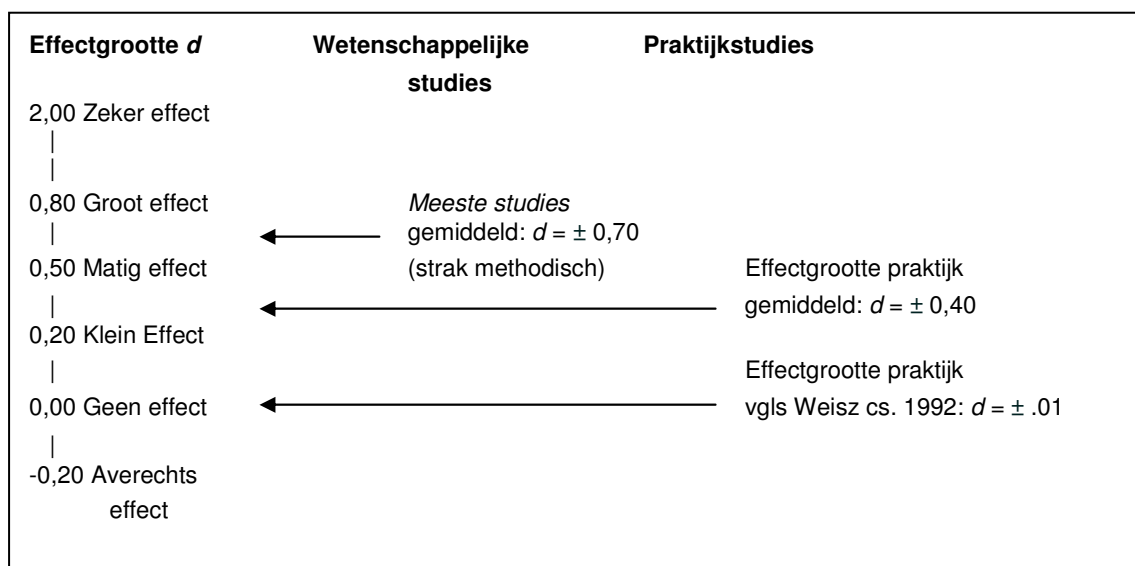
De bijna tweeduizend treffers uit PsycINFO versmalden we door alleen te zoeken naar reviews en meta-analyses. Ook is er via referenties gezocht en zijn de relevante publicaties van de Amerikaanse onderzoeker Lambert achterhaald. Na het scannen van de ongeveer driehonderd gevonden titels en het lezen van de samenvattingen is een selectie gemaakt op basis van de twee eerder genoemde vragen. Er bleven uiteindelijk 32 titels over die zijn gelezen en samengevat. Daarvan zijn ongeveer acht titels niet in dit rapport meegenomen, voornamelijk omdat ze weinig relevant bleken of een herhaling waren van het gedachtegoed van Lambert.

3. Beeld van de huidige effectiviteit jeugdzorg

Tegenwoordig wordt de effectiviteit van de hulp meestal uitgedrukt in termen van een 'Effect Size' (ES) of effectgrootte. Doorgaans gebruikt men daarbij de zogeheten Cohen's d als index, waarvoor geldt dat men bij een d van $-0,21$ of lager spreekt van een negatief effect, van tussen de $-0,20$ en $0,19$ van een verwaarloosbaar effect, bij $0,20$ of meer van een klein effect, $0,50$ of meer een middelmatig effect en $0,80$ of meer van een groot effect (Cohen, 1988; zie figuur 1).

Internationale metastudies laten zien dat therapie effect heeft, meer effect dan placebo (Drisko, 2004; Wampold, 2001; Carr, 2009). Metastudies naar de effecten van jeugdzorg laten zien dat de effectgrootte in de meeste onderzoeken uitkomt tussen de $0,40$ en $0,80$, met in totaal een gemiddelde van ongeveer $0,70$ (zie o.a. Kazdin & Weisz, 1998; Lipsey & Wilson, 1993).

Dit plaatje heeft wel enige nuancering. Critici wijzen er namelijk op dat veel studies geen betrekking hebben op de hulpverlening in de dagelijkse praktijk (ook wel 'Treatment As Usual / TAU' of 'Care As Usual / CAU' genoemd). De jeugdigen en gezinnen zouden in de meeste wetenschappelijke studies enkelvoudige problemen hebben, de behandeling zou maar uit één soort therapie bestaan die strak is geprotocolleerd en de behandelaars zouden vaak erg goed getraind zijn. Dit zou niet de normale praktijk weergeven (zie ook o.a. Shadish e.a., 2000).



Figuur 1. Gemiddelde effectgrootte in wetenschappelijke studies en de praktijk

Wat is dan de effectiviteit van interventies in de praktijk? Weisz c.s. (1992, 1995) vonden in een veelgeciteerde metastudie een gemiddelde effectgrootte van $0,01$, geen effect dus. Dit onderzoek blijkt echter niet geldig voor de jeugdzorg, zeker niet van deze tijd (zie Van Yperen, 2005). Één probleem van de studie van Weisz en zijn collega's is dat er een aantal verouderde bronnen is gebruikt. Er zijn inmiddels aardig wat interventies ontwikkeld waarvan de effectiviteit vrij groot is. Hoewel er aanwijzingen zijn dat deze interventies maar weinig in de praktijk zijn geïmplementeerd

(Veerman & Van Yperen, 2008), lijkt de toegenomen kennis in de dagelijkse hulpverlening over werkzame hulpvormen te leiden tot een minder somber beeld van de effectiviteit. Uiteenlopende publicaties (zie o.a. Lipsey & Wilson, 1998; Bartels, Schuurmsma & Slot, 2001; Van der Ploeg & Scholte, 2003; Shadish e.a., 2000; Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton, 1995; Weisz c.s., 1999) maken eerder aannemelijk dat de effectiviteit van de dagelijkse praktijk ergens rond de $d = 0,40$ zal liggen. Ook eerste resultaten van effectmonitors van jeugdzorginstellingen wijzen in die richting (zie bijvoorbeeld Jeugdformaat, 2009).

Erg bevredigend is dit beeld van de effectiviteit van de dagelijkse praktijk niet. Dat geldt te meer, omdat praktijkexperimenten laten zien dat de effectiviteit van de zorg in de dagelijkse praktijk door monitoring en door meer consequente toepassing van de behandelprincipes zeker is te verdubbelen (Leijssen, 2008). Maar veel zekerheid over dit alles is er nog niet. Bij het Nederlands Jeugdinstituut worden momenteel studies gedaan om het beeld verder aan te scherpen. Maar als dit beeld klopt, vraagt het om verbetering van de effectiviteit. Dat maakt dat de vraag welke rol algemeen werkzame factoren in de hulpverlening en specifieke methoden daarin kunnen spelen allesbehalve een puur academische kwestie is. Het is vanuit de praktijk gezien een uiterst relevant onderwerp.

4. Waar is effectiviteit aan toe te schrijven? Model Lambert c.s.

In verschillende publicaties (bijv. Clark, 2001; Drisko, 2004; Duncan, Miller & Sparks, 2000; Wampold, 2001; Carr, 2009) en op veel conferenties en debatten over effectieve jeugdzorg klinkt de boodschap dat de uitkomsten van de hulp maar voor een klein deel door de specifieke interventie worden bepaald. In veel gevallen refereert men daarbij aan publicaties van Lambert (1992), Lambert en Bergin (1994) en Lambert en Barley (2001), waarin gesteld wordt dat de methodiek maar vijftien procent van het resultaat uitmaakt. Voor het overige zouden de resultaten voornamelijk worden bepaald door factoren die buiten de specifieke methodiek liggen. Lambert en zijn collega's stelden dat veertig procent toe te rekenen is aan extratherapeutische factoren (cliëntfactoren, zoals een kind die wegens gedragsproblemen behandeld wordt, intelligent is en daarom instructies van de hulpverlener gemakkelijk oppakt en omgevingsfactoren, bijvoorbeeld de moeder van het kind hertrouwt met een man die een zeer goede opvoeder is, waardoor het gedragsprobleem van de jeugdige grotendeels wordt opgelost). Volgens hen is dertig procent te verklaren door algemeen werkzame factoren ('common factors', zoals de kwaliteit van de relatie tussen de hulpverlener en de cliënt en de mate waarin de hulp gestructureerd verloopt). Nog eens vijftien procent zou worden bepaald door placebo-effect, meer specifiek aangeduid als 'hoop en verwachting' (een cliënt die hoop heeft op een goede uitkomst doet volgens Lambert en collega's beter mee in de behandeling).

Tabel 1 vat deze percentages samen. We hebben ze tegelijk vertaald naar het aandeel in de totale effectgrootte van de jeugdzorg, zoals in de vorige paragraaf is gepresenteerd. Die vertaling maken we in termen van de Cohen's d , met de simpele aanname dat de geschatte totale effectiviteit van de hulp in de praktijk evenredig met de percentages van Lambert c.s. te decomponeren is.¹

Tabel 1. Aan welke factoren is het effect toe te schrijven?*

Factor	Aandeel in effectiviteit
Extratherapeutische factoren (Cliënt- en omgevingsfactoren)	40% ($d = 0,16$)
Algemeen werkzame factoren (o.a. therapeutische relatie)	30% ($d = 0,12$)
Placebo-effect (o.a. hoop en verwachting)	15% ($d = 0,06$)
Methodiek (specifieke therapie / Therapeutische techniek)	15% ($d = 0,06$)
Totale effectiviteit TAU	($d = 0,40$)

*Factor en percentage effect volgens Lambert (1992). De vertaling naar aandeel in effectgrootte d van Treatment As Usual (TAU) is door ons gemaakt (schattingen).

¹ Er is discussie over de vraag of de decompositie gekoppeld moet worden aan het percentage verklaarde variantie per factor en de daarmee corresponderende r^2 en d . De van r^2 omgerekende d -waarden kunnen dan anders uitvallen dan in de tabel is getoond, maar dat doet volgens ons niet af aan de essentie van ons betoog.

Te zien is dat er maar een fractie van de effectiviteit aan de methode zou zijn toe te rekenen ($d = 0,06$). In veel debatten wordt dit als argument gebruikt om aan specifieke interventies niet veel waarde te hechten.

De consequenties van het aanvaarden van dit argument kunnen verstrekkend zijn. In de eerste plaats zou men dit kunnen opvatten als een signaal dat veel ontwikkeling en onderzoek gericht op de effectiviteit van specifieke hulpverleningsmethoden uiteindelijk niet veel meer oplevert dat marginale winst voor de praktijk. Immers, als de bijdrage van specifieke methoden maar gering is, zou het ook relatief weinig nut hebben hier veel in termen van onderzoek en ontwikkeling in te investeren. Een tweede gevolgtrekking is dat de informatie over effectieve methoden die te vinden is in uiteenlopende databanken voor de praktijk feitelijk weinig relevant is. Hulpverleners kunnen via internet veel informatie vinden over wat theoretisch goed-onderbouwde en empirisch onderzochte hulpverleningsmethoden zijn bij uiteenlopende problemen van cliënten (zie bijvoorbeeld www.nji.nl/jeugdinterventies). De boodschap hierbij zou zijn: wellicht interessant voor onderzoekers, maar hulpverleners hoeven hier weinig mee te doen. Een derde consequentie zou kunnen zijn dat de noodzakelijke verbetering van de zorg in de praktijk vooral moet komen van het investeren in algemeen werkzame factoren. Dat houdt onder meer in: hulpverleners trainen om een goede relatie te vestigen met hun cliënten en gestructureerd met de cliënt aan de slag te gaan.

Voordat deze lijn gevolgd wordt, lijkt het ons van belang de discussie over het belang van de verschillende factoren uiteen te rafelen. Klopt het beeld dat Lambert en anderen hebben geschetst? Over wat voor soort factoren hebben we het eigenlijk en wat weten we over de werkzaamheid ervan? En wat betekent dit voor de praktijk?

5. Nadere beschouwing: aandeel algemeen en specifiek werkzame factoren

5.1 Kloppen de percentages van Lambert c.s.?

Belangrijk is te benadrukken dat de percentages die Lambert en collega's tonen – en die in vele publicaties zijn aangehaald – niet op basis van statistische berekeningen tot stand zijn gekomen, maar een kwalitatieve schatting vormen (Lambert & Barley, 2001; Thomas, 2006; Carr, 2009). Wampold (2001) noemt de percentages om die reden dan ook arbitrair. Het is dus nog maar de vraag of de schatting klopt. Op basis van onze literatuurstudie rijzen daarover de nodige twijfels.

Een gedateerd beeld

In de eerste plaats moeten we constateren dat de vermelde percentages gebaseerd zijn op gedateerd onderzoek. Wie in de literatuur duikt om erachter te komen op welke studies de percentages precies zijn gebaseerd, stuit op verwijzing na verwijzing. De primaire bron waarin de cijfers zijn opgenomen is die van Lambert uit 1992. Daarin lezen we echter weer dat de percentages zijn gebaseerd op 'reviews of psychotherapy outcome research', met een verwijzing naar een publicatie van Lambert, Shapiro en Bergin uit 1986 (Lambert, 1992, p. 96). Dit betreft dus een overzichtstudie van bijna vijftig jaar geleden; de daarin opgenomen bronnen dateren van daarvoor. Het is dus nog maar zeer de vraag of de gemelde percentages anno 2010 nog geldig zijn. Het zou betekenen dat de ontwikkeling van de hulpverlening een kwart eeuw stil heeft gestaan. Tekenend in dat verband is dat in de publicatie uit 1986 vooral gaat over de vraag of er verschillen zijn aan te tonen tussen de 'grote therapie-stromingen' zoals de cognitieve gedragstherapie, systeemtherapie en de psychodynamische therapie en niet of behandeling X bij gedragsproblemen beter werkt dan behandeling Y. Alle doelgroepen zijn daarbij bij wijze van spreken op één hoop gegooid. Veelvoorkomende problemen die ongeacht de 'therapie-stroming' al voor een deel aan te pakken zijn, domineren dan het beeld. Tegenwoordig focust het onderzoek zich veel meer op specifieke doelgroepen. In 1986 was men zich al bewust van de noodzaak om die focus meer te gaan hanteren, blijkt een opmerking die Lambert e.a. bij hun bevindingen plaatsen: 'Another possible perspective on the equal effects argument is that no differences are found between treatments in major studies because the samples of cases are dominated by or have large proportions of garden variety outpatient neuroses in which anxiety, low self-esteem, demoralization, depression, and interpersonal difficulties of moderate or mild severity constitute the main problem. ... Perhaps the most common ingredients in the different therapies have their main effects with such nonspecific symptoms and thus the differences that do exist between the therapies cannot be demonstrated with such cases.' (Lambert e.a., 1986, p. 170). De auteurs wijzen er vervolgens op dat gedrags- en cognitieve methoden over het algemeen als iets effectiever uit de bus komen, hetgeen kan betekenen dat deelgroepen met specifieke symptomen wellicht beter op deze aanpakken reageren. Ze constateren in dat verband dat wellicht daarom specifiek voor kinderen met gedragsstoornissen geldt dat deze technieken superieur lijken te zijn boven andere. Latere publicaties van de auteur bevestigen dit min of meer – mede op basis van de progressie in het vakgebied. Lambert en Ogles (2004) bijvoorbeeld, handhaven weliswaar de conclusie dat de uitkomsten van verschillende vormen van therapie niet zo geprononceerd zijn als men vaak verwacht, maar er is volgens de auteurs inmiddels voldoende bewijs dat gedragsmatige en cognitieve therapieën effectief zijn bij in ieder geval een aantal specifieke problemen (genoemd

worden dan onder andere paniekstoornissen, fobieën, dwangmatige handelingen en agressie van jeugdigen). Daarnaast noemen de auteurs dat het belang van de therapeut en zijn vaardigheden om een relatie met cliënten op te bouwen, niet weg neemt dat ook technieken een bijdrage kunnen leveren aan de resultaten van hulp. Ze stellen dat toekomstig onderzoek zich dan ook niet alleen moet richten op de bijdrage van algemeen werkzame factoren op de resultaten, maar ook op de bijdrage van specifieke technieken.

Al met al moeten we concluderen dat het argument dat de specifieke methoden er weinig toe zouden doen, wetenschappelijk niet te onderbouwen is met een verwijzing naar de bekende bron van Lambert uit 1992. Die bron is verouderd.

Verschillende terminologie

Onze tweede bevinding is dat de terminologie die men in dit kader gebruikt nogal uiteenloopt. Lambert (1992) en Asay en Lambert (1999) spreken van de factor 'Extratherapeutische verandering', die zowel cliënt- als omgevingsfactoren bevat, terwijl Duncan, Miller en Sparks (2000) dit verenigen tot alleen de 'Client factors'. Carr (2009) onderscheidt, verwijzend naar Wampold (2001), verwarrend genoeg de extratherapeutische factoren apart van de cliëntfactoren. Wampold (2001) introduceert op zijn beurt weer een factor die hij 'Unexplained variance' noemt, zonder uitleg hoe deze zich verhoudt met door anderen genoemde factoren. Duncan, Miller en Sparks (2000) en Thomas (2006) spreken van de factor 'Client's hope and expectations', waar anderen spreken van het placebo-effect, inclusief 'expectations' (zie bijvoorbeeld Carr, 2009). De 'Common factors' van Lambert worden door Duncan e.a. (2000) en Thomas (2006) verengd tot 'Relationship factors'.

Verschillende cijfers

Niet alleen de benamingen, maar ook de verhoudingen tussen de factoren die men aantreft in de literatuur zijn niet consistent, ook als ze op meer kwantitatieve analyses zijn gebaseerd, een observatie die ook onlangs door Hermanns en Menger (2009) is gedaan. Zo presenteert Wampold (2001) in relatie tot de percentages van Lambert e.a. een verdeling van factoren die er als volgt uit ziet: Niet-verklaarde variantie 22%; algemene factoren 70%; Model / techniek therapeut: 8%. Carr (2009, pag. 51) maakt een vergelijking tussen de percentages van Lambert e.a. en Wampold (2001) en stelt dat de cijfers op basis van Wampold er in dat kader als volgt uit moeten zien: cliëntfactoren 3%; extra-therapeutische factoren 87%; algemene factoren 9%; Model / techniek therapeut: 1%. Dit sluit aan bij de eerdere bevinding van Wampold e.a. (1997), die aangeven dat de effectgrootte voor de verschillende specifieke vormen van psychotherapie rond de $d = 0,00$ ligt. De bron van de verwarring die hier speelt is niet geheel duidelijk, maar lijkt samen te hangen met het feit dat Wampold (2001) op twee manieren tegen de verdeling van de percentages aankijkt:

- A. Het percentage variantie toe te kennen aan verschillende factoren, gerelateerd aan de totale verandering die cliënten laten zien in een periode waarin ze therapie krijgen. Volgens Wampold is in dit licht het overgrote deel van de verandering het gevolg van extratherapeutische en cliënt-factoren (3+87%). Tien procent is volgens hen aan therapie te danken (9% algemene factoren, 1% specifieke techniek).
- B. Het percentage variantie toe te kennen aan verschillende factoren, gerelateerd aan de verandering die therapie teweeg brengt bij cliënten. Dit gaat dan volgens Wampold over de tien procent van de totale verandering die aan therapie is gerelateerd, waarbinnen de eerder genoemde verdeling over de algemene factoren (70%), model/techniek (8%) en niet-verklaarde variantie (22%) geldt.

Dit roept meteen de vraag op van welk model Lambert e.a. zijn uitgegaan (A of B), om de 15% die wordt toegeschreven aan model/techniek goed te interpreteren. Omdat zij de extratherapeutische factoren in hun verdeling van percentages meenemen, moeten we ervan uitgaan dat het hier model A betreft en dat Carr (2009) in zijn vergelijking abusievelijk model A van Lambert e.a. naast model B van Wampold heeft gezet. Hoe dan ook: er lijkt in de literatuur op dit punt sprake van de nodige verwarring. Dit noopt tot bijzondere waakzaamheid bij het interpreteren van percentages die genoemd worden.

Thomas (2006) heeft de verdeling van de percentages op een heel andere manier bepaald. Zij heeft middels vragenlijstonderzoek aan therapeuten en cliënten gevraagd een schatting van de verdeling te maken. In de perceptie van therapeuten bedragen de percentages als volgt: Extra-therapeutische factoren 22%; Therapeutische relatie 35%; Hoop en verwachting van cliënten 27%; Model / techniek therapeut: 16%. Cliënten kijken daar wat anders tegenaan: Extra-therapeutische factoren 13%; Therapeutische relatie 29%; Hoop en verwachting van cliënten 30%; Model / techniek therapeut: 28%.

Tabel 2 vat de bevindingen samen.

Tabel 2. Verschillende bevindingen ten aanzien van de factoren

Factor	Aandeel in effectiviteit volgens verschillende studies				
	Lambert (1992)	Wampold (2001)	Wampold (vls Carr, 2009)	Thomas (2006): therapeut	Thomas (2006): cliënten
Extra-therapeutische factoren w.o. cliëntfactoren	40%		87% + 3%	22%	13%
Algemeen werkzame factoren	30%	70%	9%		
• therapeutische relatie				35%	29%
Placebo / hoop en verwachting	15%			27%	30%
Specifieke methodiek / behandeltechnieken	15%	8%	1%	16%	28%
Niet-verklaarde variantie		22%			

De tabel laat drie opvallende dingen zien. In de eerste plaats zijn de percentages die gerapporteerd worden door de verschillende studies uiteenlopend. Dat geeft aan dat er nog geen robuuste uitspraken zijn te doen over het aandeel van de verschillende factoren in de resultaten bij cliënten. Ten tweede is het patroon dat cliënten in de studie van Thomas laat zien beduidend anders dan bij anderen. Cliënten lijken geneigd hun eigen rol matiger in te schatten dan die van de hulpverlening, in vergelijking met de andere studies. Voorts lijken ze relatief veel waarde te hechten aan de specifieke methode, net zoveel als de therapeutische relatie. Motta en Tobin (1992) geven hier een

verklaring voor: ten aanzien van het hulpverleningsproces hechten de cliënten veel waarde aan de relatie, maar ten aanzien van de resultaten van de therapie vinden ze de technieken die worden toegepast belangrijk. Een derde constatering is dat – afgezien van de studie van Thomas - de algemene trend in de studies is dat de bijdrage van de verschillende specifieke therapievormen hoogstens matig is (zie ook Ahn & Wampold, 2001; Carr, 2009; Drisko, 2004).

Asay en Lambert (1999) dragen meerdere verklaringen aan voor deze laatstgenoemde uitkomst. Als eerste kunnen de diverse therapieën overeenkomstige effecten laten zien. Ten tweede kunnen verschillende uitkomsten niet zijn opgespoord door de gehanteerde onderzoeksopzetten. Ten derde kunnen gemeenschappelijke factoren in de verschillende benaderingen verantwoordelijk zijn voor het resultaat. Zij stellen dat deze laatste verklaring onder de naam ‘common factors approach’ de meeste aandacht heeft in de literatuur. Lambert e.a. (1986) geven een daaraan verwante verklaring, die we reeds eerder bespraken: veelvoorkomende problemen die met uiteenlopende ‘therapie-stromingen’ al voor een deel aan te pakken zijn, domineren dan het beeld. Carr (2009) heeft op basis van een uitgebreide review de geldigheid van nog een vierde verklaring onderzocht: dat er sprake zou kunnen zijn van niet meer dan een placebo-effect van alle behandelingen. De auteur stelt echter dat dit niet plausibel is, omdat vergelijkende studies laten zien dat therapie tot meer effect leidt dan placebo ($d = .58$), terwijl het placebo-effect op zijn beurt weer groter is dan geen therapie ($d = .44$).

Conclusie: kloppen de cijfers?

Hoe dan ook is onze voorlopige conclusie dat er nog geen robuuste uitspraken zijn te doen over wat de verdeling van percentages is. De cijfers van Lambert c.s. zijn kwalitatieve schattingen. Ze zijn bovendien verouderd, omdat ze zijn gebaseerd op onderzoek van ruimt een kwart eeuw geleden. Ook is sprake van enige begripsverwarring in de literatuur en de verdeling van de percentages over de factoren is niet consistent. Er lijkt binnen de werking van therapie sprake van een sterke invloed van de ‘common factors’, maar het aandeel van de specifieke technieken is vooralsnog niet duidelijk te bepalen. Om deze voorlopige conclusie verder te staven, is het de moeite waard om de literatuur over de betekenis van de algemeen werkzame factoren en de specifieke technieken verder onder de loep te nemen.

5.2 De algemeen werkzame factoren ontleed

Wat zijn de algemeen werkzame factoren?

Algemeen (non-specifiek) werkzame factoren in een interventie betreffen de ingrediënten van de hulp die tot het resultaat bijdragen ongeacht de soort behandeling en doelgroep (Van Yperen, 2003). Bekende voorbeelden van deze factoren zijn:

- aansluiten bij de motivatie van de cliënt;
- goede kwaliteit van de relatie cliënt-behandelaar;
- een goede structurering van de interventie (duidelijke doelstelling, planning en fasering);
- een goede ‘fit’ van de aanpak met het probleem en de hulpvraag;
- 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, veiligheid van de hulpverlener).

Zoals eerder opgemerkt, lijken deze factoren verhoudingsgewijs over het algemeen een sterk effect te hebben. Recent zijn er ook steeds meer aanwijzingen in de literatuur dat het routinematig monitoren

van de effectiviteit van de behandeling gedurende de uitvoering leidt tot betere resultaten (Carr, 2009; Lambert, Whipple, Hawkins, Vermeersch, Nielsen en Smart, 2003). We doelen hier niet alleen op het meten van de problemen aan het begin van de behandeling en het uitvoeren van een meting aan het einde om te kijken of de problemen voldoende zijn afgenomen. Het gaat er hier ook om tijdens de behandeling met de cliënt bij te houden of de cliënt tevreden is, of er voldoende aan de doelen van de behandeling is gewerkt en of er progressie zit in de te leren vaardigheden of de afname van de problematiek. Deze monitoring is dus alles behalve bureaucratie, in tegendeel, het lijkt een werkzaam onderdeel te zijn in effectieve hulp. Dit zou betekenen dat monitoring het relatieve effect van de algemeen werkzame factoren nog verder zou kunnen verhogen.

De relatie-factor nader beschouwd

Onderzoekers kennen over het algemeen veel betekenis toe aan de factor cliënt-hulpverlener-relatie. Dat maakt het de moeite waard om hier wat dieper op in te gaan. Een uitvoerige review van Ackerman en Hilsenroth (2003) werpt licht op de persoonlijke eigenschappen van de therapeut en de technieken die een rol spelen bij de kwaliteit van de therapeutische alliantie te beïnvloeden. Persoonlijke kenmerken van de hulpverlener zijn: flexibel, eerlijk, ervaren, respectvol, betrouwbaar, zeker, geïnteresseerd, alert, vriendelijk, warm en open. Technieken zijn: exploratief te werk gaan, diepgaand zijn, reflectie op thema's, steunend zijn, successen uit het verleden zien en benadrukken, accurate interpretaties geven, faciliteren bij het uitdrukken van emoties, actief zijn, bevestigen, begrip tonen en aansluiten bij de ervaringen van de cliënt. De onderzoekers constateren dat er weinig verschil is in de therapeutische benaderingen, zolang deze de relatie maar positief beïnvloeden (zie ook Ahn & Wampold, 2001). Deze conclusie is echter hoofdzakelijk gebaseerd op studies naar de effecten van psychotherapie bij volwassenen. Bij jeugdigen zit de alliantie-factor wellicht ingewikkelder in elkaar. Hoagwood (2005, 2006) stelt in een review van de literatuur dat de meeste studies naar therapie-factoren in de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen gaan over de kwaliteit van de relatie in het therapeutisch proces en de uitkomsten van de behandeling. Meta-analyses laten een bescheiden verband zien tussen relatie en uitkomsten. Zo rapporteren Karver e.a. (2006) een effectgrootte van $d = 0,17 - 0,28$ voor de invloed van de algemene kwaliteit van de therapeutische relatie op de uitkomsten van de behandeling (de exacte effectgrootte is afhankelijk van toegepaste wegingen en correcties). Dit volgens hen zou neerkomen op een aandeel van 24 tot 40 procent van de totale effectiviteit van de behandelingen die zij hebben bestudeerd. Shirk en Karver (2003) laten in een meta-analyse zien dat dit effect niet afhankelijk lijkt te zijn van het type behandeling. Het effect van specifiek de therapeutische alliantie met de jeugdige komt op een gewogen gemiddelde van $d = 0,21$, de therapeutische alliantie met het gezin op $d = 0,22$. Dit komt overeen met wat er in meta-analyses ten aanzien van de therapieën bij volwassenen wordt gevonden (zie o.a. Martin, Garske & Davis, 2000). De sterkte van het verband lijkt echter door verschillende factoren te worden beïnvloed.

- Volgens de studie van Hoagwood (2006) wordt de sterkte van het verband mede beïnvloed door het type probleem: bij externaliserende problematiek is het verband sterker dan bij internaliserende factoren (zie ook Shirk & Karver, 2003). Dit komt overeen met bevindingen van Stams e.a. (2005), die in hun onderzoek opvallende verschillen rapporteren in de betekenis van de Therapeutische alliantie bij uiteenlopende doelgroepen: veertien procent van de verschillen in externaliserend gedrag wordt verklaard door de therapeutische alliantiefactor, terwijl geen bijdrage van deze factor wordt gevonden bij internaliserend gedrag, ouderlijke competentie en coping.

- Ook het tijdstip van meten speelt een rol: het verband tussen de kwaliteit van de therapeutische relatie en de uitkomst is sterker wanneer het later in de therapie wordt gemeten (Shirk & Karver, 2003; Stams e.a., 2005). Dit zou kunnen betekenen dat de invloed van de relatie van minder belang is bij kortdurende therapieën. Simpel gezegd, hoe korter de hulp, hoe belangrijker de inhoud, hoe langer de hulp, hoe belangrijker de goede relatie wordt.
- Voorts blijkt het type informant van invloed: bij de therapeut als informant is het verband sterker dan bij de ouder of de jeugdige als informant (zie ook de eerder genoemde studie van Thomas, 2006).
- Op basis van een literatuurstudie stellen Liber e.a. (2007) dat ook ontwikkelingsfactoren als de cognitieve en psychosociale rijpheid van kinderen de capaciteit om een alliantie te vormen kunnen beïnvloeden. Kinderen kunnen moeite hebben om de noodzaak van de behandeling te begrijpen. Ook kunnen hun ouders gemotiveerd zijn voor de behandeling, maar de kinderen niet. Voorts kan met name bij adolescenten het ontstaan van een alliantie worden belemmerd door de behoefte aan autonomie.

Al met al stellen Liber e.a. (2007) dat onderzoek op dit terrein nodig is om de betekenis van de alliantie bij de hulpverlening aan jeugdigen in het juiste perspectief te stellen. Op basis van het bovenstaande is dit alleen maar volmondig te onderschrijven.

Hermanns en Menger (2009) plaatsen de betekenis van de alliantie in de uitkomsten van de hulp in een wat breder perspectief: het gaat bij hen vooral om de kwaliteit van de hulpverlener in wat meer algemene zin. De volgende kenmerken van de hulpverlener dragen volgens hen bij aan het resultaat:

- *Het vermogen om consistente verklaringen te bieden voor iemands problemen en een hiermee samenhangend behandeling te bieden.* Dit zou volgens ons ook te zien als een onderdeel van de algemeen werkzame factor 'structuur' van de interventie: een consistente theorie die een helder verband legt tussen de problematiek en de behandelactiviteiten biedt een ordening aan de inhoud van de behandeling.
- *Het geloof en de verwachting van de therapeut dat zijn behandelingsstrategie zal werken en zijn vermogen deze verwachting over te dragen op de cliënt.* Het geloof van de behandelaar in een bepaalde aanpak wordt in de Angelsaksische literatuur ook wel 'allegiance' genoemd (Wampold, 2001). Feitelijk verbinden Hermanns en Menger hier de 'allegiance' met een tweetal algemeen werkzame factoren: de relatie-component (i.e. de mate waarin de hulpverlener elkaar kunnen vinden in de aanpak) en de motivatie van de cliënt (in het bijzonder de mate waarin de hulpverlener deze met zijn geloof en verwachting kan beïnvloeden). In de literatuur wordt deze 'hoop en verwachting' overigens ook aangeduid als 'placebo' (zie ook paragraaf 5.1). Volgen we de lijn van Hermanns en Menger, dan zouden we dus kunnen stellen dat een goede hulpverlener een placebo-effect aanwakkert, door zijn geloof en hoop over te brengen op de cliënt.
- *De mate waarin de therapeut in staat is allianties aan te gaan met veel verschillende soorten mensen.* De eerder genoemde persoonlijke eigenschappen van de therapeut dragen hiertoe bij. Hermanns en Menger voegen daaraan toe: de mate waarop de hulpverlener adequaat kan reageren op breuken en problemen in de alliantie en de mate waarin hij zijn eigen bijdrage aan de alliantie monitort en er concreet op reflecteert.

Hermanns en Menger concluderen dat de invloed van de therapeut op het resultaat van de behandeling groter blijkt dan wordt aangenomen. Dat geeft volgens hen alle aanleiding om meer aandacht te besteden aan de algemeen werkzame factoren, in het bijzonder aan de bijdrage van de relatie cliënt-hulpverlener en kenmerken van de hulpverlener.

Overigens stellen wij dat de betekenis van de hulpverlener en de relatie met de cliënt ook weer niet overdreven moet worden. Twee aanwijzingen zijn er in de literatuur dat deze relativering op zijn plek is. In de eerste plaats blijkt dat, zoals we al eerder aangaven, dat de relatie bij kortdurende hulp van minder belang lijkt dan bij langer durende hulp. Ten tweede komen er, met name in het onderzoek bij de hulpverlening aan volwassenen, eerste aanwijzingen dat hulp via internet en begeleide zelfhulp effectief kan zijn, net zo effectief als hulp in de spreekkamer (Riper e.a., 2007). De relatie-component zit daar anders in dan bij face-to-face hulpverlening. Het maakt onder meer duidelijk dat ook de cliënt zelf een werkzame factor is, en dat bijvoorbeeld de opdrachten die de cliënt via een methodiek krijgt een toegevoegde waarde zullen hebben. Dit is een belangrijke constatering die verder onderzocht moet worden. Immers, dit zou erop kunnen wijzen dat methodieken aan de cliënt technieken aanreiken die hem in staat stellen min of meer op eigen kracht zaken aan te pakken, tijdens de hulp, maar vooral ook daarbuiten en daarna. Dit zou een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan de *empowerment* van cliënten en een doelbewuste verkleining van de afhankelijkheid van de hulpverlener.

Conclusie

Overzien we dit alles, dan is te stellen dat de relatie-component ongetwijfeld van groot belang is. Maar effectieve hulp bestaat uit beduidend meer dan een goede relatie. De totale lijst van de algemeen werkzame factoren die we aan het begin van deze paragraaf noemden laat dat ook wel zien. Al deze algemeen werkzame factoren bij elkaar lijken verhoudingsgewijs een sterk effect te hebben. Veel studies laten dit zien. Daar valt dan ook weinig op af te dingen.

5.3 De algemene invloed van methodieken en technieken

Wat is nu de bijdrage van de methodiek en de technieken in dit alles? Bij methodiek gaat het om de leer hoe te handelen. Naast fasering van handelingen en beschrijving van de frequentie, de intensiteit, de gewenste omgeving en deelnemers, specificereert de methodiek ook de technieken die moeten worden toegepast. Bij die technieken gaat het om een specifieke handelswijze die bedoeld zijn een bepaald effect te sorteren.

In de discussie over de werkzame factoren in de behandeling speelt de verwarring dat technieken en algemeen werkzame factoren van verschillende orde zijn. De literatuur laat echter zien dat er voor een deel een verwevenheid bestaat tussen de 'common factors' en toegepaste technieken. Die verwevenheid doet zich met name op twee terreinen voor.

In de eerste plaats zijn er basistechnieken die het karakter hebben van een algemeen werkzame factor. Gestructureerd werken (met heldere doelen en daaraan gekoppelde fasen) is daar een goed voorbeeld van. Ook zijn er veel basistechnieken die een uitwerking hebben op de kwaliteit van algemeen werkzame factoren. Eerder haalden we al de review van Ackerman en Hilsenroth (2003) aan, waaruit blijkt dat toepassing van technieken als reflectie op thema's, steunend opereren en aansluiten bij de ervaringen van de cliënt bevorderend zijn in de kwaliteit van de therapeutische relatie. Ook Castonguay en Hotforth (2005) stellen dat met de toepassing van techniek de kwaliteit van de relatie is te beïnvloeden.

Het tweede terrein waar de verwevenheid zich voordoet betreft het feit dat ook de toepassing van technieken die specifiek zijn toegesneden op de problematiek doorwerkt in de kwaliteit van de algemeen werkzame factoren. Zo ontstaat volgens Stams e.a. (2005) juist mede *doordat* de hulpverlening wordt toegesneden op de specifieke aard van de problematiek en de hulpvraag van de cliënt, een goede relatie tussen hulpverlener en cliënt. In dat licht is het ook logisch dat in een studie van Ramos e.a. (2006) de ervaren deskundigheid van de hulpverlener een van de belangrijke aspecten blijkt te zijn waarop de cliënt de tevredenheid met de hulpverlener beoordeelt. Een hulpverlener die op de juiste manier op de specifieke problemen van de cliënt inspeelt en laat zien dat hij er verstand van heeft, zal als een betere hulpverlening worden ervaren. Daarnaast heeft de toepassing van specifieke techniek een structurerende werking aan de behandeling. Volgens Wampold (2001) is deze werking zelfs zeer sterk. Hij kent in dat kader veel waarde toe aan het 'geloven' in een bepaalde specifieke aanpak (zogenoeten 'allegiance'; zie ook de vorige paragraaf) en het getrouw volgen van die aanpak ('adherence'). De auteur draagt cijfers aan die volgens hem aantonen dat de allegiance-factor van veel groter belang is dan de adherence-factor. De laatstgenoemde factor zou vooral van belang zijn vanwege de verder structurerende werking die ervan uitgaat, in plaats van het specifieke effect dat ermee wordt gesorteerd. Volgens zijn analyses 'it was the structuring part of the adherence, rather than the core theoretical ingredients, that predicted outcome' (Wampold, 2001, p. 183).

Al met al spelen volgens deze invalshoek technieken op twee manieren een rol in de algemene rol in de effecten van hulpverlening: basistechnieken als algemeen werkzame factor en specifieke technieken via hun positieve invloed op de algemeen werkzame factoren. Specifieke methoden zijn in dit licht dan ook voor een deel te beschouwen als vehikels om algemeen werkzame factoren te activeren (zie ook Sprenkle & Blow, 2006; Carr, 2009).

5.4 De specifieke invloed van methodieken en technieken

Blijft de vraag over of *specifieke* technieken ook een eigenstandig effect hebben, buiten de 'common factors' om. Volgens ons is het te voorbarig om deze vraag met 'nee' of 'nauwelijks' te beantwoorden. We hebben daar verschillende aanwijzingen voor.

Aanwijzingen voor eigenstandige effecten

In de eerste plaats zijn er specifiek op het terrein van de hulpverlening aan kinderen en jongeren aanwijzingen dat de specifieke technieken wel degelijk een aparte rol spelen. Ten aanzien van therapie van volwassenen stellen Luborsky e.a. (2002) dat de gemiddelde effectgrootte van het type behandeling $d = 0,14 - 0,21$ bedraagt, afhankelijk van het al dan niet toepassen van uiteenlopende wegen en correcties. Carr (2009) wijst met het oog op de hulpverlening bij jeugdigen erop dat er wel degelijk een differentieel effect is tussen verschillende behandelvormen, zij het dat deze effecten niet zo groot zijn. Hoagwood (2005, 2006) brengt voor de hulp aan jeugdigen een ander beeld naar voren: in studies die de relatieve bijdrage van relationele variabelen versus de technieken onderzoeken, blijken alleen de technieken significant gerelateerd te zijn aan uitkomsten. Asay & Lambert (1999) stellen dat specifieke technieken met name werkzaam lijken bij bepaalde symptomen en stoornissen; 'common factors' en specifieke technieken sluiten elkaar volgens hen niet uit, alle therapieën maken gebruik van modellen en technieken. Dit zien we terug in de meta-analyse van Karver e.a. (2006), die laat zien dat zowel relatie-factoren als technieken van belang

lijken. Specifieke vaardigheden van de therapeut (directief gedrag tijdens sessies, een rationale voor de behandeling geven en specifieke instructies geven) scoren in de meta-analyse met een gemiddelde effect size van 0,40, de therapeutische relatie met de jeugdige cliënt 0,37. Karver e.a. wijzen erop dat de effecten van de specifieke vaardigheden in de literatuur over volwassenen over het algemeen veel lager scoren.

Aanwijzingen uit implementatie-onderzoek

Een tweede aanwijzing voor het differentiële effect van specifieke methodieken is afkomstig uit onderzoek naar de mate waarin de methode goed geïmplementeerd is. De relatie tussen effecten en de juiste implementatie van een methode is de laatste jaren veelvuldig onderzocht bij de aanpak van (jeugd)delinquentie. Dowden en Andrews (1999) vonden dat interventies met getraind personeel die supervisie krijgen de effectiviteit van 'correctional programs' vergroot. Programma's met getraind personeel waren drie keer zo effectief als programma's zonder getraind personeel en programma's waarin medewerkers supervisie werd geboden waren bijna vijf keer zo effectief als programma's waarin 'clinical supervision' ontbrak. Dezelfde soort trends worden gerapporteerd door Goggin en Gendreau (2006). Barnoski e.a. (2004) rapporteren over de uitkomsten van de implementatie van drie interventies: Functionele Familie Therapy (FFT), Multi Systeem Therapie (MST) en Aggression Replacement Training (ART). Voor FFT en ART kon worden bepaald dat bij de interventies die goed geïmplementeerd waren de recidive flink afnam, terwijl daar waar de implementatie niet goed liep sprake was van meer recidive (voor MST kon dit niet worden bepaald omdat de mate van implementatie niet goed bekend was). Ook Aos (2002) liet zien dat de implementatie van 'evidence-based' programma's om recidive te verminderen alleen goede resultaten tot gevolg hadden als er sprake was van een getrouwe uitvoering. Is dit effect niet uitsluitend toe te wijzen aan de 'allegiance-factor' en de structurende werking van 'adherence', zoals we eerder met Wampold (2001) aangaven? Dat is nog maar de vraag. Interessant is in dit verband de opmerking van Asay en Lambert (1999) en Lambert en Ogles (2004), dat het gebruik van behandelprotocollen (treatment manuals) het verschil in effect tussen behandelvormen zou kunnen aanwakkeren. Kenmerk van dit soort protocollen is dat ze specifiek ontworpen zijn met het oog op de problematiek van de cliënt. Zij stellen in studies aanwijzingen te vinden dat het gebruik van protocollen leidt tot objectief te onderscheiden gedrag van therapeuten. Ook leidt het tot minder verschillen in uitkomsten per therapeut. Volgens de auteurs is het mede daarom mogelijk dat specifieke technieken een extra 'boost' aan effecten kunnen geven, afhankelijk van de specifieke cliëntenpopulatie waarop deze worden toegepast. Anders gezegd, mogelijk sturen specifieke, geprotocolleerde methodieken het handelen van hulpverleners bij bepaalde cliëntgroepen in zo sterke mate, dat dit beter zichtbaar gaat worden bovenop de algemeen werkzame factoren.

Aanwijzingen uit instructies over vermijden averechtse effecten

Een derde aanwijzing voor het belang van specifieke technieken halen wij uit de aanwijzingen voor therapeuten wat zij vooral *niet* moeten doen bij specifieke cliëntgroepen, willen zij averechtse effecten of negatieve bijwerkingen van therapie voorkomen. Hier gaat het dus niet zozeer om de specifieke *do's* die in methodieken verpakt zijn, maar om de *don'ts* die men bij bepaalde cliënten in acht moet nemen.

- Volgens Lamers-Winkelmann (2009, persoonlijke communicatie) is het niet verstandig om bij kinderen die seksueel zijn misbruikt te beginnen met een training in 'nee' durven zeggen. Dit zou hun gevoel van verantwoordelijkheid en schuld over wat met hen gebeurd is kunnen aanwakkeren ('ik heb geen nee gezegd'). Van het eerste belang is met deze kinderen onomwonden



te bespreken wat er gebeurd is en dat zij daar niet verantwoordelijk voor zijn. Een eventuele weerbaarheidstraining is pas aan de orde als zij voldoende beseffen dat zij geen schuld hebben aan het misbruik.

- De Wilde (in druk) stelt dat jongeren die suïcidale gedachten of gedragingen vertonen een specifieke bejegening vereisen. Het is onjuist om met hen over de zin van het leven in discussie te gaan of hun gedrag te veroordelen, ook niet impliciet. Door een hulpverlener die zegt 'Het leven heeft nog veel moois in petto' kan een jeugdige zich niet begrepen voelen. Een opmerking als 'Het vergt moed om je problemen onder ogen te zien' kan de jeugdige opvatten als een beschuldiging een lafaard te zijn. Beter is als de hulpverlener bijvoorbeeld aangeeft dat hij ziet dat de jongere het helemaal niet meer ziet zitten, en dat hij vraagt of dat anders is geweest en hoe dat dan kwam.
- Uit onderzoek bij delinquenten (Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau en Cullen, 1990) is bekend dat als programma's (1) een mismatch vertonen tussen de mate van recidiverisico en intensiteit van het programma (bijvoorbeeld bij een laag risico een zware behandeling biedt) en/of (2) de behandeling zich richt op zwakke voorspellers van recidive, zoals zelfbeeld, depressie of angst en/of (3) geen gedragsmatige strategieën hanteren, de kans groot is dat deze programma's een lichte verslechtering van de situatie te zien geven. Programma's daarentegen met een goede match, met een focus op veranderbare criminogene factoren (zoals antisociaal gedrag of antisociale 'waarden', impulsiviteit/lage zelfcontrole, pro-criminele vrienden) en gedragsmatige strategieën gericht op cognitieve en probleemoplossende vaardigheden resulteren in een belangrijke afname van het recidiverisico. Een studie van Lowenkamp (2004) wijst in dezelfde richting. Interessant is ook de studie van Landerberger en Lipsey (2005) over de effectiviteit van interventies voor gedragsgestoorde jongeren en volwassenen met delinquent gedrag. In hun studie is voor elke onderzochte interventie nagegaan uit welke elementen deze bestaat, om te bepalen welke elementen tot goede resultaten leiden. Uit de analyses blijkt dat met cognitieve herstructurering, anger control en interventies waarin náást de groepsbenadering ook een individueel behandellement was opgenomen de beste uitkomsten bereikt worden, tot wel vijftig procent recidivereductie. Het leren kijken naar de gevolgen voor het slachtoffer of interventies waarin alleen gedragsmodificatie plaats vond (strikt genomen geen cognitief gedragstherapeutische aanpakken) blijken tot negatieve uitkomsten te leiden: de deelnemers recidiveerden juist meer.

Algemeen hiervan is de teneur dat hulpverlening meer is dan een aardige hulpverlener. De hulpverlener moet weten met welke problematiek hij te maken heeft en wat hij in dat geval wel en niet moet doen. Specifieke methoden verpakken vaak die kennis in aanwijzingen voor het handelen.

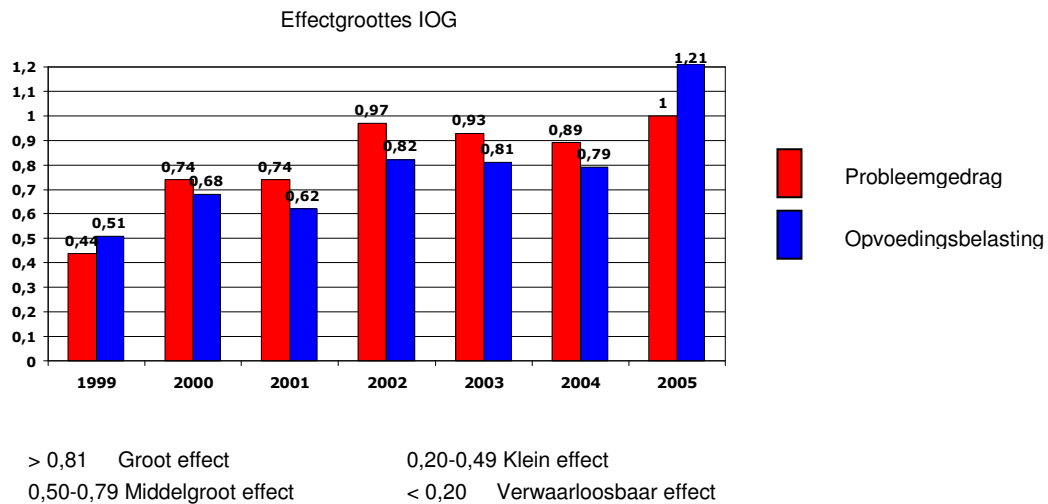
Conclusie

Overzien we het bovenstaande, dan is onze conclusie dat de potentie van specifieke methodieken mogelijk wordt onderschat. Er zijn aanwijzingen dat door gebruik van deze methodieken, mits goed geïmplementeerd, er een betere koppeling tot stand komt tussen de specifieke problemen waar de jeugdige en/of de opvoeder mee kampt en de handelingen die de hulpverlener in dat kader het beste kan verrichten om te problemen te verhelpen. Dat kan een behoorlijke bijdrage leveren aan de effecten van de behandeling. Ook kan het ertoe leiden dat averechtse effecten of negatieve bijwerkingen worden voorkomen.



6. Verbetering effectiviteit jeugdzorg: wat te doen?

Aan het begin van dit rapport schatten we dat de thans gebruikelijke jeugdzorg een effectgrootte heeft van gemiddeld ongeveer $d = 0,40$. Als die schatting klopt, valt er het nodige te verbeteren. Onderzoek laat zien dat die verbetering mogelijk is. Al eerder wezen we in dat verband op een praktijk waarin de effectiviteit van de behandeling van kinderen met ernstige gedragsproblemen en ouders met grote opvoedingsproblemen meer dan verdubbelde. In die situatie steeg in zes jaar tijd het effect naar een grootte van $d = 1,00$ als het gaat om het terugdringen van de gedragsproblemen; het effect op het verminderen van de opvoedingsstress van de ouders steeg naar $d = 1,20$ (Leijsen, 2008; zie ook figuur 2). Al met al een verbetering van een matige naar een (zeer) hoge mate van effectiviteit.



Figuur 2. Effectgroottes probleemgedrag en opvoedingsbelasting IOG (Bron: Leijsen, 2008)

Stel dat we ernaar streven dat de effectiviteit van de gehele jeugdzorg in tien jaren tijd een zelfde groei doormaakt: van gemiddeld $d = 0,40$ in 2010 naar gemiddeld $d = 1,20$ in 2020. Moeten we daarvoor dan investeren in het werken met de algemeen werkzame factoren of de specifieke methodieken? In dat licht is het van belang het hierboven genoemde voorbeeld wat verder te bekijken. Leijsen (2008) laat zien dat de gezinnen werden behandeld met Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG). Jaar in jaar uit is bij deze gezinnen de problematiek bij de start en aan het einde van de behandeling gemeten. De cijfers zijn onder meer gebruikt om jaarlijks de effectgegevens op teamniveau te bespreken. In de beginperiode leverden die gegevens geen florissant beeld op: de effectiviteit van de behandeling bleek maar klein tot matig. Dit leidde steeds tot voorstellen voor verbeteracties om de resultaten van de hulp het volgende jaar te verbeteren. Dit heeft uiteindelijk geleid tot een fikse groei in de effectiviteit. De kans is groot dat die groei is bereikt door een combinatie van factoren.

- Ten aanzien van de algemeen werkzame factoren is meer dan gebruikelijk in de jeugdzorg aandacht besteed aan het routinematig monitoren van effecten, zowel op cliëntniveau als op het niveau in teams. Dit leverde duidelijk een stimulans op om verbeteracties door te voeren op de andere factoren (aansluiten bij de motivatie van cliënten, aandacht voor de kwaliteit van de cliënt-hulpverlener-relatie, goede structurering van de hulp etc.).
- In de teams is – met de monitorgegevens in de hand - ook veel aandacht besteed aan de consequente toepassing van de specifieke methodiek: doen we voldoende wat we moeten doen? De teams hebben door de jaren heen geleerd dat er betere resultaten te halen zijn als de specifieke methodische principes zo goed mogelijk worden toegepast. Ook is het belang van een goede en herhaalde training in de toepassing van die principes steeds duidelijker geworden. Met behulp van de ervaringskennis kon de methodiek bovendien worden verfijnd, zodat beter is in te spelen op verschillen tussen gezinnen.

In het licht van het voorgaande lijkt het logisch om – als het gaat om de verbetering van de jeugdzorg – zowel op de versterking van de algemeen werkzame factoren als op de goede toepassing van specifieke methodieken in te zetten. Dan ontstaat de grootste kans dat de hulp in het algemeen, als ook ten aanzien van specifieke doelgroepen verbetert. Het voorbeeld van Leijssen leert ons daarbij dat werken met een bepaalde methodiek nog niet betekent dat het effect vanzelf komt aanwaaien. Het gaat erom dat de methodiek in een goede constellatie van algemeen werkzame factoren wordt uitgevoerd, dat de specifieke methodische principes goed en consequent worden toegepast en er een verdere *finetuning* plaatsvindt.

Stel nu dat in 2020 inderdaad de gemiddelde effectiviteit van de jeugdzorg op $d = 1,20$ uitkomt, hoe zal dan de verdeling over de factoren die de resultaten bepalen eruit zien? Zeker is dat de eerder gepresenteerde verdeling in percentages van Lambert dan niet meer geldig is. Als we wel vast zouden houden aan die verdeling, dan zou van de vooruitgang in effectiviteit maar 15% toe te schrijven zijn aan (verbeterde) methodiek (van $d = 0,06$ naar $0,18$; zie tabel 3 onder Voorbeeld 1).

Tabel 3. Verschillende bevindingen ten aanzien van de factoren

Factor	1992 (Lambert)*	2020	
		Voorbeeld 1*	Voorbeeld 2*
Extratherapeutische factoren	40% (0,16)	40% (0,48)	13% (0,16)
Algemeen werkzame factoren (o.a. relatie)	30% (0,12)	30% (0,36)	30% (0,36)
Placebo-effect (o.a. hoop en verwachting)	15% (0,06)	15% (0,18)	15% (0,18)
Methodiek (specifieke therapie / techniek)	15% (0,06)	15% (0,18)	42% (0,50)
Totale effectiviteit	$d = 0,40$	$d = 1,20$	$d = 1,20$

* Per cel staan weer het percentage en het absolute aandeel in de totale effectgrootte genoemd. De cijfers onder voorbeeld 1 en 2 zijn fictief.

Veertig procent moet volgens die redenering worden toegeschreven aan een toegenomen invloed van toevallige omgevings- en cliëntfactoren (in absolute zin van $d = 0,16$ naar $0,48$). Dat is totaal onlogisch. Kijken we bijvoorbeeld weer naar de eerder gepresenteerde IOG-praktijk van Leijssen, dan is het buitengewoon onwaarschijnlijk dat de toename aan effectiviteit van de hulp over de jaren heen is toe te schrijven aan een – in absolute zin - toegenomen invloed van extra-therapeutische factoren. Aannemelijker is juist dat door een verbetering van de hulp de invloed van die factoren is afgenomen. Dit laat eens te meer zien dat de verdeling van percentages is gebaseerd op een situatie uit het verleden. Ze zijn niet zonder meer te vertalen naar het heden, laat staan de toekomst.

Het ligt meer voor de hand dat door een verdere investering in de algemeen werkzame factoren en in de implementatie (en het getrouw volgen en doorontwikkelen) van specifieke methodieken de verdeling van de percentages sterk kan veranderen. Dat kan langs verschillende wegen veroorzaakt worden (zie ook Van Yperen, 2010).

- Voormalige extratherapeutische factoren komen door nieuwe methodieken binnen de reikwijdte van de behandeling. Bijvoorbeeld, met een goede toepassing van IOG betrekken we ouders veel sterker en beter bij de aanpak van problemen die vroeger vooral – en geregeld met weinig succes - behandeld werden met residentiële hulp aan het individuele kind. Dit effect wordt verder versterkt als IOG wordt gecombineerd met andere aanpakken die ook bijvoorbeeld de school en de vrijetijdsbesteding bij de behandeling betrekking. Met dit soort multisystemische en multimodale aanpakken veroveren we als het ware steeds meer terrein waar we vroeger niet bij konden of waar we weinig aan deden. In tabel 3 hebben we onder voorbeeld 2 de absolute invloed van de extra-therapeutische factoren nog gelijk gehouden ($d = 0,16$), maar de mogelijkheid bestaat die invloed (nog) kleiner wordt.
- Door te investeren op de algemeen werkzame factoren verbetert onder meer de aansluiting bij de motivatie van cliënten, de kwaliteit van de cliënt-hulpverlener-relatie, de structurering van de hulp etc.. In relatieve zin blijft het aandeel van deze factoren misschien gelijk (30%), maar in absolute zin zou de ES kunnen stijgen van $0,12$ naar bijvoorbeeld $0,36$.
- Ook het placebo-effect kan in absolute zin wat sterker worden (in ons voorbeeld van $d = 0,06$ naar $d = 0,18$). Immers, omdat de hulp sterk verbetert, stijgt ook de hoop en verwachting van cliënten, hetgeen hen sterker kan motiveren deel te nemen in de hulp.
- Daarnaast zetten we veel in op de implementatie en goede uitvoering van de specifieke methodiek. De hulpverlener doet er immers een belangrijk leereffect mee op: wat moet je wel en niet doen, welke technieken horen daarbij, wat kan een cliënt zelf doen. Dat zou het aandeel van de specifieke methodiek flink kunnen doen stijgen. In ons voorbeeld, van 15 naar 42%, oftewel een effect size van $d = 0,06$ naar $d = 0,50$.

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

7. Conclusies

In deze bijdrage hebben we laten zien dat de effectiviteit van de jeugdzorg voor verbetering vatbaar is. De vraag daarbij is of de implementatie van specifieke hulpverleningsmethodieken aan die verbetering zal bijdragen. Volgens het 'Dodo bird verdict' maakt het feitelijk niet zo uit welke methodiek er wordt ingevoerd, omdat de bijdrage van de specifieke methodiek aan de effectiviteit volgens de literatuur verhoudingsgewijs gering zou zijn. In onze studie hebben we drie vragen centraal gesteld om meer licht te werpen op deze kwestie.

De eerste twee vragen luiden: (1) Kijkend naar de onderzoeksliteratuur, wat weten we over de verhouding tussen de werkzaamheid van algemene factoren in de hulpverlening en die van specifieke methodieken? (2) Wat is de stand van de discussie over de weging van de algemene factoren en de specifieke methoden in dat verband? Als antwoord moeten we – als we nauwkeurig naar de literatuur kijken – het volgende constateren:

- De veel aanhaalde bewering van Lambert e.a. dat de methodiek slechts 15% van de uitkomsten bepaalt is niet op een kwantitatieve analyse gestoeld, maar vormt een kwalitatieve schatting. Tevens zijn de cijfers verouderd, omdat ze zijn gebaseerd op onderzoek van ruim een kwart eeuw geleden. Beschouwt men de percentages als geldig, dan gaat men er eigenlijk van uit dat de ontwikkeling van de hulpverlening ruim een kwart eeuw stil heeft gestaan. Schattingen van de verhouding tussen de invloed van de algemeen werkzame factoren en de specifieke methodieken door andere onderzoekers lopen nogal uiteen en worden bovendien geplaagd door begripsverwarring. Onze voorlopige conclusie is dat er nog geen robuuste uitspraken zijn te doen over wat de verhouding is.
- De stand van kennis laat niettemin een globaal beeld zien van wat de verhouding is tussen de invloed van de algemeen werkzame factoren en de specifieke methoden. Er is een duidelijke trend die laat zien dat de algemeen werkzame factoren verhoudingsgewijs een sterk effect lijken te hebben. Recent zijn er ook steeds meer aanwijzingen dat het routinematig monitoren van de effectiviteit van de behandeling gedurende de uitvoering leidt tot betere resultaten. *Overall* wordt er veel betekenis toegekend aan de factor cliënt-hulpverlener-relatie. Deze bevinding is echter hoofdzakelijk gebaseerd op onderzoek naar de effecten van psychotherapie bij volwassenen. Onderzoekers hebben aanwijzingen dat de alliantie-factor bij hulpverlening aan jeugdigen ingewikkelder in elkaar zit. Bovendien plaatsen de eerste indicaties dat internettherapie en zelfhulpprogramma's effectief kunnen zijn de traditionele therapeutische relatie in een meer bescheiden daglicht; mogelijk vormen methodieken voor cliënten belangrijk gereedschap om problemen de baas te worden. Verdere studie op dit terrein is nodig om hier goede conclusies te kunnen trekken.
- Hulpverleningsmethoden spelen op twee manieren een rol in de hulpverlening. In de eerste plaats bevatten de methoden technieken die feitelijk als algemeen werkzame factor opereren (zoals het structureren van de hulp via doelgericht werken) of die invloed hebben op de kwaliteit van algemeen werkzame factoren (bijvoorbeeld technieken die helpen de kwaliteit van de therapeutische relatie goed vorm te geven). Daarnaast vinden we in de literatuur aanwijzingen dat door gebruik van specifieke methodieken, mits goed geïmplementeerd, er een betere koppeling tot stand komt tussen de problemen waar de jeugdige en/of de opvoeder mee kampt en de activiteiten die de hulpverlener en de cliënt in dat kader het beste kunnen ontplooiën om te

problemen te verhelpen. Dat kan een behoorlijke bijdrage leveren aan de effecten van de behandeling. Ook kan het ertoe leiden dat averechtse effecten of negatieve bijwerkingen worden voorkomen. In termen van Sprenkle & Blow (2006): goede hulpverlening is meer dan een prettig gesprek en het tot stand brengen van een sterke therapeutische alliantie.

Onze conclusie is dat de discussie over de verhouding tussen de algemeen werkzame factoren en specifieke methodieken nog lang niet is beslecht.

De derde vraag in onze studie was: wat kunnen we hulpverleners in de praktijk en hun organisaties het beste adviseren als ze de hulp verder willen verbeteren: moeten ze nu investeren in algemene hulpverleningsprincipes of in specifieke methodieken? Hoewel de literatuur tot nu toe wijst op een dominantie van de algemeen werkzame factoren, is van belang te beseffen dat dit is gebaseerd op in het verleden behaalde resultaten. We kunnen deze conclusie niet zonder meer doortrekken naar de toekomst als we de effectiviteit van de hulpverlening willen verbeteren. Immers, een advies om minder belang te hechten aan specifieke methoden zou een onderschatting kunnen inhouden van de potentie van deze methodieken. Ze vormen een belangrijk vehikel om zowel de algemeen werkzame factoren als de specifieke aanpak bij problemen handen en voeten te geven. Ze verpakken niet alleen technieken die een verbeterende werking kunnen hebben op het niveau van de algemeen werkzame factoren. Ze verpakken ook de kennis en ervaring met betrekking tot specifieke handelingsaanwijzingen (*do's and don'ts*) bij bepaalde problemen en hulpvragen. Die aanwijzingen kunnen de effectiviteit bevorderen en voorkomen dat de hulpverlening averechtse effecten of negatieve bijwerkingen heeft. Onze stelling is dat – door de potentie van specifieke methodieken te gaan benutten - in de toekomst de verdeling over de genoemde factoren er heel anders uit kan komen te zien. Ons lijkt het dan ook verstandig om – als het gaat om de verdere verbetering van de jeugdzorg – te investeren in het werken met de algemeen werkzame factoren *en* de specifieke methodieken. Dan ontstaat de grootste kans dat de hulp in het algemeen, alsook ten aanzien van specifieke doelgroepen verbetert.

Parallel aan de investering in algemeen en specifiek werkzame factoren is er meer academisch- en praktijkonderzoek op dit terrein nodig. Daarbij moet er een verschuiving komen van de vraag *of* hulpverlening werkt naar de vraag *hoe* het werkt. Volgens Bickman (2005) gaat het er onder meer om het relatieve belang van de algemeen en specifiek werkzame factoren verder te ontrafelen. Dit zou volgens Bickman in onderzoek veel meer aandacht moeten krijgen: welke elementen van hulp zorgen precies voor het effect. Veel onderzoek dat tot nu toe is gedaan naar de invloed van werkzame factoren is correlatieel van aard en niet experimenteel. Er zijn dan ook meer gecontroleerde studies nodig die de algemene en specifieke mechanismen van verandering in de hulpverlening blootleggen (Drisko, 2004).

In het bijzonder lijkt het ons van belang na te gaan welke rol technieken en protocollen spelen in de effecten van hulp, los van de therapeutische relatie. Onderzoek naar de effecten van onder meer zelfhulpprogramma's, internettherapie en huiswerkopdrachten voor cliënten kan laten zien of de rol van de therapeut niet wordt overschat en die van de werkzame cliënt – gestuurd door heldere werkopdrachten die in methodieken verpakt zijn - wordt onderschat (zie bijvoorbeeld Duncan & Miller, 2000). Het interessante van deze aanpak is dat te bekijken is of de cliënt methoden en technieken zijn aan te reiken waarmee hij zelf in staat wordt gesteld om meer regie te voeren in de bulk van factoren die in de literatuur als 'extratherapeutisch' worden aangeduid. Dit zou de werkzaamheid van de hulpverlening verder kunnen verbeteren. Immers, methodieken vormen dan

niet alleen het gereedschap van de hulpverlener, maar ook van de cliënt. Dit kan bijdragen aan de *empowerment* van de cliënt: het maakt hem minder afhankelijk van de therapeut en stelt hem mogelijk in staat om buiten de therapeutische relatie op eigen kracht zaken aan te pakken. Dit hoeft het werk van hulpverleners in absolute zin er niet minder belangrijk op te maken. Zij krijgen er echter versterking bij om het totale effect van de hulp te vergroten: een arsenaal van goede methodieken die hen de do's and don'ts bij bepaalde problemen aanreiken en die cliënten het gereedschap geven om met de nodige zelfwerkzaamheid aan de slag te gaan.

8. Referenties

- Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.
- Ahn, H. & Wampold, B.E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 48* (3), 251-257;
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.I., Bonta, J., Gendreau, P. & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology, 28*, 369-417.
- Aos, S. (2002). *The Juvenile Justice System in Washington State: Recommendations to Improve Cost-Effectiveness*, October 2002. (<http://www.wsipp.wa.gov/auth.asp?authid=2>).
- Asay, T. P. & Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. In: Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (Eds.). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington DC, US: American Psychological Association.
- Barnoski, R. (2004). *Outcome Evaluation of Washington State's Research-Based Programs for Juvenile Offenders*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Bartels, A.J., Schuurmsa, S. & Slot, W. (2001). Interventies. In: R. Loeber, N.W. Slot & J.A. Sergeant (Red.), *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie. Omvang, oorzaken en interventies*. (p. 291-318). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bickman, L. (2005). A common factors approach to improving mental health services. *Mental Health Services Research, Vol. 7* (1), 1-4.
- Carr, A. (2009). Common factors in psychotherapy. In: Carr, A. *What Works with children, adolescents, and adults? A review of research on the effectiveness of psychotherapy*. New York: Routledge.
- Castonguay, L.G. & Hotforth, M.G. (2005). Change in psychotherapy: a plea for no more “nonspecific” and false dichotomies. *Clinical Psychology in Science and Practice, 12*, 198-201.
- Clark, M.D. (2001). Influencing positive behavior change: increasing the therapeutic approach of juvenile courts. *Federal probation, Vol. 65* (1), 18-27.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Hillsdale: Erlbaum.
- Drisko, J.W. (2004). Common factors in psychotherapy outcome. Meta-analytic findings and their implications for practice and research. *Families in society, Vol. 85* (1), 81-90.
- Dowden, C. & Andrews, D.A. (1999). *What Works in Young Offender Treatment: A Meta Analysis*. Ottawa: Forum on Correctional Research. Correctional Services of Canada.
- Duncan, B.L. & Miller, S.D. (2000). *The heroic client. Doing client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J. (2000). Mental Health Mythology. In B.L. Duncan & S.D. Miller (Eds.), *The heroic client. Doing client-directed, outcome-informed therapy* (p. 18-62). San Francisco: Jossey-Bass.
- 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 programme development, application and controversies* (pp. 209- 246). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Hermanns, J. & Menger, A. (2009) *Walk the line. Over continuïteit in het reclasseringswerk*. Utrecht: Hoogeschool Utrecht.

- Hoagwood, K.E. (2005). Family-based services in children's mental health: A research review and synthesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46 (7), p. 690-713.
- Hoagwood, K.E. (2006). Gezinnen als partners in de zorg voor de geestelijke gezondheid van kinderen: review en synthese van research. *Kind en Adolescent Review*, jrg. 13 (1) 52-107.
- Jeugdformaat (2009). *Jaarverslag 2008*. Rijswijk: Stichting Jeugdformaat.
- Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S. & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50-65.
- Kazdin, A.E. & Weisz, J.R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 19-36.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In: J.C. Norcross & M.R. Goldfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration*, p. 94-129. New York: Basic Books.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. Vol. 38 (4), 357-361.
- Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Fourth Edition)*. New York: Wiley.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed., pp. 139-193)*. New York, Wiley.
- Lambert, M.J., Shapiro, D.A. & Bergin, A.E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Third Edition)*, p. 157-211. New York: Wiley.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Hawkins, E.J., Vermeersch, D.A., Nielsen, L.S. & Smart, D.W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical psychology: Science & Practice*, 10, 288-301.
- 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.
- Leijsen, M. (2008). Onderzoeksgegevens als sturingsinformatie voor hulpverleners en teams. In: T.A. van Yperen & J.W. Veerman (Red.). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Liber, J.M. Leeden, A.J.M., Sauter, F. & Treffers, P.D.A. (2007). Therapeutische alliantie: de TPOCS-A nl. Een observatie-codeersysteem voor het beoordelen van de band tussen cliënt en therapeut bij kinderpsychotherapie. *Kind en Adolescent*, 28, (1), 20-31.
- Lipsey, M.W. & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment. *American Psychologist*, 48, 1181-1209.
- Lipsey, M.W. & Wilson, D. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: a synthesis of research. In: R. Loeber & D.P. Farrington (eds.). *Serious & violent juvenile offenders, risk factors and successful interventions* (pp.313-345). Newbury Park, CA: Sage.
- Lowenkamp, C.T. (2004). *Correctional program integrity and treatment effectiveness: a multi-site, program-level analysis*. Cincinnati: University of Cincinnati, division of research and advanced studies. (Proefschrift).



- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguer, L., Andrusyna, T.P., Berman, J.S., Levitt, J.T., Seligman, D.A. & Krause, E.D. (2002). The Dodo Bird Verdict is alive and well – Mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 9 (1), 2-12.
- Martin, D.J., Garske, J.P. & Davis, M.K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 438-450.
- Motta, R.W. & Tobin, M.I. (1992). The relative importance of specific and nonspecific factors in child behavior therapy. *Psychotherapy in Private Practice*, 11 (4), 51-61
- Ploeg, J.D. van der & Scholte, E.M. (2003). *Effecten van behandelingsprogramma's voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in residentiële settings*. Amsterdam: Nippo.
- Ramos, C., Stams, G.J., Stoel, R., Faas, M., Yperen, T.A. van & Dekovic, M. (2006). Het meten van cliënttevredenheid in de jeugdzorg. In: *Kind en Adolescent*, 27, nr 3, p 157-168.
- Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J., Mutsaers, K. & Wammes, A. (2007). *E-Mental Health, High Tech, High Touch, High Trust*. Programmeringsstudie E-Mental Health. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
- Shadish, W.R., Matt, G.E. Navarro, A.M. & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Shirk, S. & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 452-464.
- Sprenkle, D.H. & Blow, A.J. (2006). Gemeenschappelijke factoren en onze heilige modellen. *Gezinstherapie*, jrg. 17 (3), 221-252.
- Stams, G.J.J.M., Buist, K.L., Dekovic, M. & Kroon, I.F.I. (2005). Ouderparticipatie, therapeutische alliantie en gedragsproblemen van het kind in dagbehandeling. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 44, 51-59.
- Thomas, M.L. (2006). The contributing factors of change in a therapeutic process. *Contemporary Family Therapy: An international journal*, Vol. 28 (2), 201-210.
- Veerman, J.W. & Yperen, T.A. van (2008). Wat is praktijkgestuurd onderzoek?. In: T.A. van Yperen & J.W. Veerman (Red.). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (p. 17-34). Delft: Eburon.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. London: Lawrence Erlbaum.
- Wampold, B.E., Mondin, G.W., Moody, M. Stich, F., Benson, K. & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing Bona Fide psychotherapies: Empirically, "All must have prizes". *Psychological Bulletin*, Vol. 122 (3), 203-215.
- Weisz, J.R., Weiss B. & Donenberg, G.R. (1992). The lab versus the clinic. Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Psychologist*, 47, 1578-1585.
- Weiss, B., Cantron, T., Harris, V. & Phung, T.M. (1999). The effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 67, 82-94.
- Weisz, J.R., Donenberg, G.R., Han, S.S. & Kauneckis, D. (1995). Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics: why the disparity? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 1995.

- Weisz, J.R., 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.
- Wilde, E.J. de (in druk). Behandeling van suïcidaal gedrag bij jongeren. In: A.J.F.M. Kerkhof & B. van Luijn (Red.), *Praktijkboek suïcide in de gezondheidszorg*. Houten: Bohn, Stafleu & Van Loghum.
- Yperen, T.A. van (2003). *Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW. (Te downloaden van www.nji.nl).
- Yperen, T.A. van (2005). Hoe effectief is de jeugdzorgpraktijk? *Kind en Adolescent*, 26, nr. 2, pag. 255-257.
- Yperen, T.A. van (Red., 2010). *55 Vragen over effectiviteit*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. (Te downloaden van www.nji.nl).

Over de auteurs

Prof. dr. T.A. van Yperen

Tom van Yperen is orthopedagoog. Hij als expert verbonden aan Nederlands Jeugdinstituut / NJi. Zijn publicaties gaan hoofdzakelijk over de kwaliteit van de jeugdzorg en de preventie, in het bijzonder de effectiviteit van de interventies die in deze sectoren voorhanden zijn. Tevens is hij vanwege het NJi bij de Universiteit Utrecht werkzaam als bijzonder hoogleraar op het terrein van het onderzoek en de ontwikkeling van effectieve jeugdzorg. In die functie geeft hij onderwijs over praktijkonderzoek, kwaliteitsbeleid en strategieën van kwaliteitsontwikkeling. Daarnaast stimuleert hij de uitvoering van wetenschappelijk onderzoek naar de resultaten van jeugdzorginterventies.

Drs. M. van der Steege

Mariska van der Steege (orthopedagoge) werkt bij het Nederlands Jeugdinstituut (voorheen NIZW Jeugd) vanaf 1998. Ze is als senior medewerker werkzaam bij de afdeling Jeugdzorg & Opvoedhulp en voert projecten uit op het terrein van effectieve jeugdzorg. Ze ondersteunt instellingen in de praktijk van de jeugdzorg bij het handen en voeten geven aan effectiviteit, het implementeren van werkzame elementen, het expliciteren van praktijkkennis en het theoretisch onderbouwen van interventies. De afgelopen jaren ondersteunde ze meerdere zorgaanbieders in de (lokale) jeugdzorg bij het beschrijven en onderbouwen van interventies, onder andere de zeven jeugdzorgaanbieders in de provincie Utrecht, FlexusJeugdplein in Rotterdam, Yorneo (voorheen Jeugdzorg Drenthe) en Spirit in Amsterdam. Ook ondersteunt ze justitiële jeugdinrichtingen bij het beschrijven van interventies voor de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie en werken aan effectiviteit. Andere thema's waar ze zich mee bezig houdt zijn: leren van professionals, vraaggericht werken en Intensieve Pedagogische Thuishulp.

Drs. A. Addink

Anne Addink werkt bij de afdeling Jeugdzorg & Opvoedhulp van het Nederlands Jeugdinstituut/NJi. Als inhoudelijk medewerker werkt zij mee aan uiteenlopende projecten waaronder projecten op het terrein van de effectieve jeugdzorg. Voorafgaand aan haar functie bij het NJi heeft zij diverse onderzoeken uitgevoerd naar de kwaliteit van zorg vanuit cliëntenperspectief. Ook heeft zij geruime tijd als vertrouwenspersoon in de jeugdzorg gewerkt waarbij ervaringen van jeugdigen en ouders met hulpverlening centraal stonden.

Dr. L. Boendermaker

Leonieke Boendermaker (sociaal pedagoog) werkte tot 1 februari 2010 als senior medewerkster bij het Kenniscentrum van het Nederlands Jeugdinstituut. Binnen het Kenniscentrum was zij als projectleider verantwoordelijk voor de productie van overzichten van de beschikbare 'last available evidence' in de aanpak van bepaalde probleemgroepen, rond bepaalde 'werksoorten' of interventies. Deze overzichten worden onder meer gepubliceerd binnen het dossier effectieve jeugdinterventies en zijn bereikbaar via www.nji.nl/watwerkt. Daarnaast deed zij (effect)onderzoek binnen de afdeling Jeugdzorg & Opvoedhulp. Sinds 1 februari 2010 is zij als lector jeugdzorg verbonden aan de Hogeschool van Amsterdam (Faculteit Maatschappij en Recht) met als werkterrein de implementatie van effectieve jeugdinterventies.

Het Nederlands Jeugdinstituut

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

Missie

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

Doelgroep

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

Producten

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

Meer weten?

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