

# **Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden**

**Tom van Yperen**

**NIZW Jeugd  
Utrecht, maart 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.

**Auteur**

Tom van Yperen

Het rapport 'Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden' 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 Katholieke Universiteit Nijmegen) op eerdere versies geleverd zijn.

Dit rapport is te verkrijgen via [www.jeugdzorg.nl](http://www.jeugdzorg.nl)

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

T.A. van Yperen

Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden.

Utrecht: NIZW, 2003

**ISBN 90-5957-053-7**

Informatie over deze publicatie is te verkrijgen bij

NIZW Jeugd

Postbus 19152

3501 DD Utrecht

Telefoon (030) 230 63 53

Fax (030) 231 96 41

E-mail: [t.vanyperen@nizw.nl](mailto:t.vanyperen@nizw.nl)

## Inhoud

1. Inleiding .....	3
1.1 Belang van het thema.....	3
1.2 Probleemstelling en doel van dit rapport .....	3
1.3 Opbouw van dit rapport .....	4
2. Een kader: eerste bouwstenen .....	5
2.1 Verandering, effect, doelrealisatie, bruikbaarheid, resultaat .....	5
2.2 Het multidimensionele en multi-informant perspectief .....	7
2.3 Resultaat op micro-, meso- en macroniveau.....	8
2.4 Resultaat op korte en lange termijn .....	9
2.5 Samenvatting.....	10
3. Doelrealisatie nader bekeken .....	11
3.1 Inleiding .....	11
3.2 Persoonsgebonden perspectief: van klacht naar resultaat.....	11
3.3 Sociaal-maatschappelijk perspectief: visie op jeugdzorg .....	17
3.4 Toetsingscriteria op micro-, meso- en macroniveau.....	19
3.5 Wanneer is het goed genoeg? .....	21
3.6 Conclusie.....	24
4. Verdieping: theorie als werkkader in de praktijk .....	26
4.1 Het belang van theorie .....	26
4.2 Mechanismen en factoren: welke <i>wel</i> en welke <i>niet</i> beïnvloedbaar? .....	27
4.3 De werkzame ingrediënten: algemeen en specifiek.....	30
4.4 Samenvatting.....	31
5. Onderzoek naar de resultaten van interventies.....	33
5.1 Inleiding .....	33
5.2 Wetenschappelijke gedegenheid en praktische representativiteit.....	34
5.3 Vormen van praktijkmonitoring .....	37
5.4 Het belang van hulpvormen die nog niet effectief zijn gebleken .....	39
5.5 Wat de stand van onderzoek laat zien.....	40
6. Samenvatting en praktische consequenties .....	43
6.1 Samenvatting: een integraal kader voor resultaatbepaling .....	43
6.2 Tien praktische consequenties .....	45
7. Literatuur.....	48

## Bijlage



# 1. Inleiding<sup>1</sup>

## 1.1 Belang van het thema

De jeugdzorg dient in toenemende mate rekenschap te geven van haar bijdrage in de oplossing van problemen van jeugdigen in onze samenleving. Het gaat hier deels om problemen die de krant halen: agressiviteit onder jeugdigen, hyperactieve kinderen, kinderen die seksueel zijn misbruikt, allochtone pubers die overlast bezorgen, ouders die de grip op hun kinderen verloren hebben. Daarnaast gaat het om problemen die minder in de publiciteit komen, zoals depressie, autisme, multi-problem gezinnen. De jeugdzorg is ervoor bedoeld om deze jeugdigen en gezinnen adequaat te helpen.

Wie het veld van de jeugdzorg overziet, ontkomt niet aan de indruk dat de effectiviteit van de hulpverlening bij uiteenlopende partijen veel belangstelling geniet. Zo blijken professionals in praktijkinstellingen veel bezig te zijn met het stellen van scherpere doelen in de hulp die zij bieden. Ook groeit bij hen de belangstelling voor de vraag welke interventies het beste werken. Dat leidt ook tot een behoefte aan hulpmiddelen om de doelen goed te formuleren, aan richtlijnen voor behandelingen voor bepaalde problemen en aan systemen om op de realisatie van de doelen te monitoren.

Ook in beleidskringen zien we een verhoogde aandacht voor de resultaten van jeugdzorg. Het IPO stelde in 1994 voor dat een zorgprogramma alleen maar een zorgprogramma mag heten als de effectiviteit ervan is aangetoond (Bonke & Van der Schaft, 1994). Het Ministerie van Justitie streeft ernaar uiteindelijk alleen nog maar programma's te financieren die als effectief of veelbelovend zijn beoordeeld (Ministerie van Justitie, 2002, 2003). In het *Implementatieprogramma voor de Wet op de Jeugdzorg* (2001) wordt voorgesteld de jeugdzorg in te delen in zorgmodules. Een module is volgens dat plan een homogene eenheid van jeugdzorg: het geeft aan welke functies in de zorgenheid centraal staan (bijvoorbeeld behandeling, verblijf, advies), wat de duur en de frequentie zijn van de zorgactiviteiten, welke deskundigheden benodigd zijn en welke kosten eraan verbonden zijn. Tevens moet van een module het beoogde effect meetbaar zijn. Daarbij werd tevens opgemerkt dat we ons moeten bezinnen op een prestatiegerichte financiering van de zorg. Ondernemers in de jeugdzorg gaan zover nog niet. Wel beschouwen zij resultaatbepaling als een belangrijk onderdeel van de bewaking van de kwaliteit van een hulpverleningsinstelling (zie bijvoorbeeld Faber & Alberts, 2002).

## 1.2 Probleemstelling en doel van dit rapport

Dat hulpverlening bij cliënten resultaat moet boeken, daar is men het over het algemeen wel over eens. Maar wat kan precies onder resultaat worden verstaan? Waar letten we op als we het resultaat in beeld willen brengen? Wie bepaalt of er resultaat geboekt is? De discussie over de beantwoording van dit soort vragen lijkt niet zelden onder spraakverwarring en onbegrip. Het gericht zijn op resultaat in de jeugdzorg vergt een helder zicht op het vraagstuk. In de volgende paragrafen worden de thema's die hierbij van belang zijn op hoofdlijnen uitgewerkt.

---

<sup>1</sup> 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.

Doel van dit rapport is op basis van literatuur een algemeen raamwerk te beschrijven voor het onderzoek naar resultaten van jeugdzorg in de praktijk. In het kader daarvan worden de belangrijkste begrippen behandeld, bieden we een bespreking van de maatstaven die bij een resultaatbepaling van belang zijn en komt het type onderzoek dat naar het resultaat wordt verricht aan de orde.

Het onderhavige rapport maakt deel uit van een reeks van activiteiten en publicaties van het NIZW Jeugd over de effectiviteit van interventies in het veld van jeugdzorg en jeugdwelzijn. Bijlage 1 biedt hiervan een beschrijving.

### **1.3 Opbouw van dit rapport**

Eerst komt de vraag aan de orde wat onder 'resultaat' is te verstaan en welke aspecten relevant zijn als het resultaat van interventies in beeld moet worden gebracht. Vervolgens spitst de bespreking zich toe op de doeltreffendheid van de zorg. Centraal staat daarbij de vraag aan welke doelen de jeugdzorg moet beantwoorden en welke aandachtspunten van belang zijn als we willen nagaan of die doelen ook worden gerealiseerd. Dan volgt een verdieping van het kader, waarbij de theorie achter de interventie en de betekenis van deze theorie voor de resultaatbepaling besproken worden. Daarna komt de plaats van verschillende onderzoeksmethoden om de resultaten van jeugdzorg in beeld te brengen aan bod. Daarop aansluitend wordt in vogelvlucht besproken wat dit soort onderzoek tot nu toe heeft opgeleverd. Tot besluit wordt een samenvattend model voor resultaatbepaling in de jeugdzorg gepresenteerd en volgen er enkele aanbevelingen voor de praktijk. De onderwerpen worden in dit rapport slechts op hoofdlijnen behandeld. De bedoeling is dat in vervolgrapportages uitwerkingen volgen.

## 2. Een kader: eerste bouwstenen

### 2.1 Verandering, effect, doelrealisatie, bruikbaarheid, resultaat

Rob, een zeer intelligente jongen van 11 jaar, wordt in de buurt en op school voortdurend gepest. De jongen lijdt daar erg onder, piekert veel, is vaak verdrietig en trekt zich veel terug. Op aanraden van een hulpverlener besluit het gezin naar een andere stad te verhuizen, in de hoop dat Rob in de nieuwe buurt zal opbloeien. Dat pakt voor Rob niet goed uit: hij sluit zich nog meer af en vervalt in langdurig sombere buien. Op de nieuwe school heeft hij daardoor de naam gekregen van een rare gozer. Zijn klasgenoten mijden hem en hij bemoeit zich verder ook met niemand. Een nieuwe hulpverlener geeft aan dat Rob zich schuldig voelt: hij vormde de reden waarom heeft het gezin heeft moeten verhuizen, met alle kosten en ongemakken van dien. Bovendien mist hij zijn vertrouwde huis en kamer.

Is hier nu sprake van een goed resultaat? In de praktijk let met bij resultaat van de interventie met name op drie dingen:

1. *Uitval*: is de interventie uitgevoerd zoals afgesproken of is de cliënt voortijdig afgehaakt?
2. *Effectiviteit of doelrealisatie*: is met de interventie bereikt wat men heeft willen bereiken?
3. *Tevredenheid*: is de cliënt tevreden met de geboden hulp?

Deze drie aandachtspunten hangen nauw met elkaar samen. Immers, grote kans dat uitval kan worden opgevat als een uiting van ontevredenheid. Ook kunnen door de uitval de hulpverleningsdoelen niet worden gerealiseerd. Voorts kan één van de doelen zijn: een tevreden cliënt.

Met name waar het gaat om ‘effectiviteit’ worden er in de literatuur veel begrippen door elkaar gebruikt die op elkaar lijken en daarom gemakkelijk verward kunnen worden. Toch is er een belangrijk verschil in betekenis. Van *verandering* wordt gesproken als er na een interventie iets is gewijzigd, zonder daarbij aandacht te schenken aan de vraag of dit aan de interventie is toe te schrijven en of de verandering positief of negatief van aard is. In het hierboven beschreven voorbeeld is er duidelijk sprake van verandering: het pesten komt niet meer voor; in plaats daarvan wordt Rob genegeerd. Men spreekt van een *effect* als er na een interventie iets is veranderd en deze verandering is aan de interventie toegeschreven kan worden. Dit heet ook wel de *werkzaamheid* van een interventie. Bij Rob is er onmiskenbaar een effect: de verhuizing heeft duidelijke gevolgen voor zijn gedrag. Een interventie wordt in de literatuur *doeltreffend* genoemd, als er een effect optreedt (er is iets veranderd en dat komt door de interventie) én als het resultaat de realisatie inhoudt van wat we hadden willen bereiken. Dit wordt ook wel aangeduid met *doelrealisatie* of met *effectiviteit* (zie o.a. Van Wijk, 2002). In het voorbeeld kan duidelijk niet gesproken worden van een doeltreffende interventie. Integendeel zelfs, want voor het ene probleem (pesten) is duidelijk het andere in de plaats gekomen (genegeerd worden). Daardoor vertoont Rob alleen meer teruggetrokken gedrag en somberheid. De term *bruikbaarheid* wordt door sommige auteurs gebruikt om een bijzondere vorm van doeltreffendheid aan te duiden. Het gaat er daarbij om dat er na het inzetten van een interventie een verandering is opgetreden en dat met die verandering het doel is bereikt, maar dat het moeilijk aannemelijk is te maken dat dit vooral door de interventie is bereikt (Veerman, 1998). Dit is een situatie die men in de praktijk van de hulpverlening geregeld aantreft. De term ‘bruikbaarheid’ is echter niet zo in zwang.

Een onderscheid in begrippen dat in het Engelstalige wetenschappelijke onderzoek naar de werking van interventies veel wordt gehanteerd is dat tussen *effectiveness* en *efficacy*. Bij

*efficacy* gaat het erom dat het effect van een interventie onder strikte, vaak wetenschappelijk-experimentele condities is bepaald. Deze condities maken het mogelijk om te bepalen of de verandering ook echt aan de interventie is toe te schrijven. Bij onderzoek naar de *effectiveness* richt men zich vooral op het resultaat in de gewone praktijk. Kenmerk van dat onderzoek is dat de opzet minder gecontroleerd is en de resultaten daardoor minder zuiver aan alleen de interventie zijn toe te schrijven (Zie o.a. Nathan, Stuart & Dolan, 2000; zie ook paragraaf 5.2). Voor dit onderscheid in onderzoek naar ‘efficacy’ en ‘effectiveness’ bestaat eigenlijk geen goed Nederlands equivalent aan aanduidingen. ‘Efficacy’ is misschien nog het best te vertalen met ‘werkzaamheid’. ‘Effectiveness’ wordt in Nederland ook wel *doeltreffendheid* of *bruikbaarheid* genoemd (Veerman, 1998).

In het dagelijks spraakgebruik en in onderzoeks- en beleidsrapporten komen we ook de term *doelmatigheid* tegen. Dit betekent niet altijd hetzelfde als doeltreffendheid:

- bij doeltreffendheid gaat het om het bereiken van beoogde effecten;
- bij doelmatigheid gaat het vooral om de mate waarin middelen worden ingezet om de gestelde doelen te bereiken (Van Wijk, 2002). Meer exact geformuleerd, gaat het om de vraag of de kosten en de inspanning die in de praktijk gemoeid zijn met de interventie in een acceptabele verhouding staan tot de verandering die men teweegbrengt. Dit wordt ook wel *efficiëntie* van de interventie genoemd (zie ook Geerts & Den Boon, 1999). In het jargon van evaluatie-onderzoek heet dit ook wel het *relatieve succes* of de *relatieve effectiviteit* van de interventie (zie ook Tones, 1999).

Om verwarring te voorkomen is het beter om in het laatste geval te spreken van *kosten-effectiviteit* of van *economische doelmatigheid* (Welsh, 2001). Daarbij gaat het dan vooral om kwesties als: wat zijn de kosten van een interventie in relatie tot de baten? Wat zijn de kosten van de interventie ten opzichte van de (maatschappelijke) kosten die voortvloeien uit het niet-toepassen van de interventie of bij het toepassen van een andere interventie? (Zie ook Wiersma, Brook & Sytema, 1999; Scott, 2001). In het geval van Rob is het bijvoorbeeld de vraag of er in plaats van een verhuizing niet een goedkopere interventie te bedenken was, die wellicht ook meer kans op succes had geboden.

Samenvattend, om spraakverwarring te voorkomen is de volgende terminologie handig:

- Resultaat                         ‘Resultaat’ (in het Engels: ‘outcome’) geldt als verzamelaar. Het omvat aandachtspunten zoals de mate van uitval van cliënten, effectiviteit/doelrealisatie, cliënttevredenheid etc.
- Verandering                     Er is na de interventie iets gewijzigd, ongeacht de vraag of dat aan de interventie is toe te schrijven en of de verandering positief of negatief van aard is.
- Werkzaamheid                 Er is na de interventie iets gewijzigd en dit komt door de interventie (i.e. de interventie werkt, ‘efficacy’). Buiten beschouwing wordt gelaten of de interventie ook aan het doel beantwoordt.
- Doeltreffendheid /  
effectiviteit                     De interventie is werkzaam en beantwoordt bovendien aan het doel van de interventie (doelrealisatie; de hulp is doeltreffend, effectief, ‘effectiveness’).
- Bruikbaarheid                 Er is na de interventie iets gewijzigd, dat bovendien aan het doel van de interventie beantwoordt, zonder dat aannemelijk is te maken dat dit vooral door de interventie komt (‘effectiveness’).
- Kosten-effectiviteit /  
economische  
doelmatigheid                 de kosten en de inspanning die met de interventie zijn gemoeid staan in een acceptabele verhouding tot de resultaten (relatieve effectiviteit).



## 2.2 Het multidimensionele en multi-informant perspectief

Wat ‘resultaat’ is, laat zich zelden met één ultieme toetssteen definiëren, maar is vanuit verschillende invalshoeken te benaderen. Grofweg kunnen we hierbij onderscheid maken in twee hoofddimensies:

- Het *persoonlijke* nut. Hierbij wordt een sterk accent gelegd op het individuele nut van de interventie voor een cliënt of een cliëntsysteem (Neemt mijn lijdensdruk af? Ben ik van mijn probleem af? Is de kwaliteit van mijn leven verbeterd? Heb ik met mijn verbeterd functioneren meer kans op sociaal en maatschappelijk succes? Wat heeft de interventie mij gekost en wat levert het op? Heeft de hulpverlener mij als persoon op een fatsoenlijke manier geholpen?).
- Het *sociaal-maatschappelijke* nut. Hier staat het nut van een interventie voor de samenleving centraal (Kan de persoon – nu en later - als een gezond en volwaardig burger functioneren? Draagt de interventie bij aan de realisering van ons maatschappelijk streven om rechten van het kind te waarborgen? Levert de interventie een bijdrage aan de realisering van een veilige samenleving; vermindert de interventie het risico op delinquent gedrag? Is de jeugdzorg een doelmatig instrument om jeugdigen toe te leiden naar een volwaardig burgerschap; zijn er geen goedkopere wegen?).

Deze twee hoofddimensies zien we vaak terug in modellen in de literatuur. Zo benoemen Cohen & Eastman (2000) benoemen op basis van hun literatuurstudie vier invalshoeken van waaruit resultaat (‘outcome’) kan worden gedefinieerd:

- I. in *klinisch* opzicht (bijvoorbeeld reductie van symptomen, zoals agressief en opstandig gedrag, automutilatie);
- II. in *humanitair* opzicht (algemene kwaliteit van het leven van de cliënt, en de tevredenheid van de cliënt specifiek ten aanzien van de verleende zorg);
- III. ten aanzien van *rehabilitatie* in het sociaal en maatschappelijk leven (de mate waarin de cliënt – weer – volwaardig aan dit leven kan deelnemen);
- IV. uit het oogpunt van *veiligheid* (mate van risico voor zichzelf en voor anderen, kans op recidive).

De klinische en humanitaire invalshoek (I en II) leggen een vrij sterk accent op het persoonlijk nut van de interventie voor een cliënt of een cliëntsysteem. Bij de invalshoek van rehabilitatie en veiligheid (III en IV) gelden niet alleen het persoonlijk nut, maar weegt ook het sociale en maatschappelijk nut van een interventie duidelijk mee. De verschillende invalshoeken staan niet los van elkaar, maar benoemen de uiteenlopende aspecten die in de beoordeling van de resultaten van de jeugdzorg betrokken kunnen worden.

De mate waarin een invalshoek wel of niet in beeld komt, heeft te maken met het feit dat bij de jeugdzorg verschillende partijen direct of indirect betrokken zijn: de jeugdige, de opvoeders, de hulpverlener, de hulpverleningsinstelling, de financiers, de samenleving. De jeugdigen en de opvoeders zullen vooral geïnteresseerd zijn in het persoonlijke nut. Hulpverleners zullen naast persoonlijke nut voor de cliënt ook een maatschappelijke dimensie laten meewegen. Voor de samenleving geldt dat ongetwijfeld in nog sterkere mate.

Deze nuances in accentlegging verklaren wellicht het fenomeen dat verschillende partijen vaak niet overeenstemmen in hun oordeel over de opbrengsten van een interventie (Casey & Berman 1985; Harinck & Van der Ploeg 1995; Jansen e.a. 1995; Meyer e.a. 2001). Dit staat in de literatuur bekend onder *het informanten-probleem*. Het blijkt bij de evaluatie van behandelingen veel uit te maken wie men als informant gebruikt. Er zijn aanwijzingen dat ouders, therapeuten en observatoren doorgaans een sterk effect rapporteren. Leerkrachten, groepsleiders en leeftijdsgenoten ('peers') zouden doorgaans minder vooruitgang rapporteren.

Denkbaar is bijvoorbeeld dat leerkrachten en groepsleiders de dimensie van de rehabilitatie en de veiligheidsdimensie zwaarder laten meewegen in hun oordeel over de resultaten van een interventie dan ouders en therapeuten. Zelfrapportages van de jeugdige laten eveneens een minder gunstig beeld zien. Dit laatste kan het gevolg zijn van het geringere vermogen van jeugdigen tot introspectie en zelfobservatie. Ook is denkbaar dat de jeugdige minder gunstig oordeelt omdat hij zichzelf in allerlei situaties – zowel persoonlijke als maatschappelijke - meemaakt.

Al met al is het van belang ervan bewust te zijn dat ‘resultaat’ een multidimensioneel begrip is: er zijn verschillende aspecten aan te onderscheiden. Verschillende informanten zullen bovendien niet een zelfde accent op deze aspecten leggen. Resultaatbepaling in de jeugdzorg vraagt dan ook om een gedifferentieerde aanpak, willen de verschillende perspectieven goed uit de verf komen.

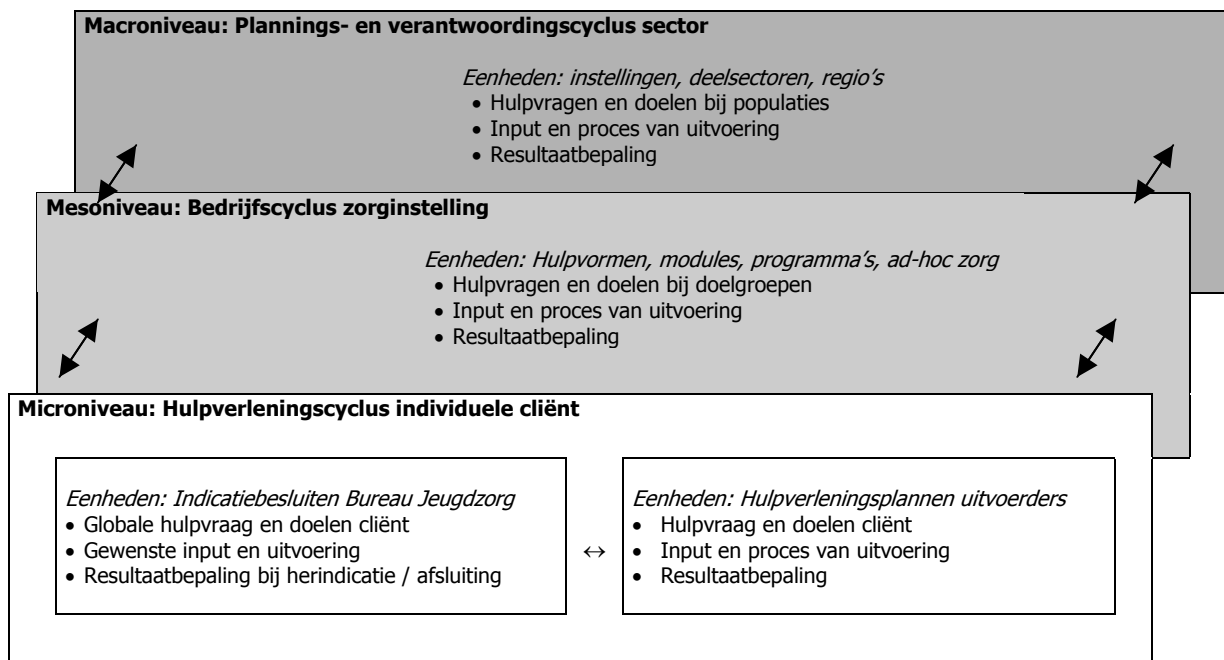
### 2.3 Resultaat op micro-, meso- en macroniveau

Ook het niveau waarop de resultaatbepaling plaatsvindt is van belang. Het is gebruikelijk om hierbij drie niveaus te onderscheiden (zie ook Veerman, 1990).

- Op het *microniveau* staat de individuele cliënt of het cliëntsysteem en de realisatie van de doelen van het indicatiebesluit en het individuele hulpverleningsplan centraal.
- Op het *mesoniveau* staan behandelvormen, modules, doelgroepen of instellingen centraal.
- Op het *macroniveau* gaat het om de jeugdzorg op het niveau van de sector als onderdeel van het stelsel van voorzieningen.

De drie niveaus staan niet los van elkaar. Figuur 1 laat dit schematisch zien.

**Figuur 1. Resultaatbepaling op micro-meso- en macroniveau\***



\*Bron: Projectgroep Zorgprogrammering (2000) en Veerman, Damen en Ten Brink (2000).

Op het microniveau worden de individuele hulpvraag en het daarbij passende antwoord globaal vastgelegd in het indicatiebesluit van Bureau Jeugdzorg. De zorgaanbieders specificeren deze vraag nader in een individueel hulpverleningsplan en voorzien dit plan van een verder toegesneden aanbod. De eenheden die zij daarvoor op mesoniveau als bron hanteren bestaan uit modules (hulpvormen), zorgprogramma's (bepaalde, op doelgroepen

gerichte combinaties van modules) en zorgactiviteiten die zij ad-hoc kunnen bieden. Deze zorgeenheden ontleen weer hun basis aan de plannings- en verantwoordingscyclus op macroniveau.

De resultaatbepaling op individueel niveau is een belangrijke gegevensbron voor de resultaatbepaling op meso- en macroniveau. Door systematisch gegevens vast te leggen over de mate waarin de hulp in het kader van het individuele hulpverleningsplan het gewenste effect heeft gehad, ontstaat vanzelf ook een beeld van de resultaten van de hulpvormen en programma's die zijn toegepast en van de sector als geheel. Omgekeerd geldt, dat bij de samenstelling van een individueel hulpverleningsplan gebruik kan worden gemaakt van kennis over en ervaring met effectieve hulpvormen bij uiteenlopende doelgroepen en populaties. Voorwaarde daarvoor is dat die kennis op meso- en macroniveau is vastgelegd en voor het microniveau toegankelijk is.

## 2.4 Resultaat op korte en lange termijn

Bij de termijn waarop het resultaat wordt bepaald, is het gebruikelijk onderscheid te maken tussen de korte en de lange termijn. Wat onder korte of lange termijn is te verstaan, hangt af van het referentiekader dat men hanteert. Zo is het in een hulpverleningsinstelling gebruikelijk dat met resultaten op lange termijn worden bedoeld: de resultaten die gerealiseerd moeten zijn bij het afsluiten van de hulpverlening. De korte termijn resultaten zijn dan de resultaten die in de tussenstappen tijdens het hulpverleningstraject gerealiseerd moeten zijn. Onderzoekers gebruiken vaak een ander referentiekader. Resultaten op korte termijn zijn voor hen vaak de opbrengsten die bij het afsluiten van de hulp te noteren zijn. De resultaten op lange termijn betreffen dan de vraag of de opbrengsten ook in de periode na het afsluiten van de hulp – bij een 'follow up' - nog steeds merkbaar zijn. Het tijdsbestek kan zich daarbij uitstrekken tot jaren later. Om verwarring door de hantering van de verschillende referentiekaders te voorkomen, is het daarom nuttig om niet te spreken over resultaatbepalingen op korte en lange termijn, maar over

- resultaatbepalingen tijdens het verloop van een interventietraject (*tussenevaluaties*),
- resultaatbepalingen *bij afsluiting* van de interventie en
- resultaatbepalingen *bij follow-up*.

Er is weinig discussie over het feit dat er tijdens het verloop van de interventie en bij afsluiting van hulp een evaluatie plaats hoort te vinden. Uit dossierstudies blijkt echter dat een dergelijke evaluatie in de praktijk geregeld achterwege blijft (Beenackers, 1995; Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming, 1998a en b; Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming, 2001). Resultaatbepaling op deze termijn is kennelijk minder vanzelfsprekend dan het lijkt. Resultaatbepaling in de vorm van een 'follow-up' is per definitie (nog) moeilijker te realiseren: cliënten zijn niet meer te traceren, willen niet meer meewerken, het onderscheid tussen behandelde groepen en controlegroepen raakt 'vervuild' door cliënten die stoppen met een behandeling of door cliënten die een andere behandeling opstarten (zie o.a. Boyle e.a., 1991; Loeber & Farrington, 1994). Voor Nederland geldt dat er nog weinig onderzoek is gedaan naar effecten van interventies op deze lange termijn (Van Gageldonk & Bartels, 1990; Loeber, Slot & Sergeant, 2001). Dat betekent niet dat de interesse voor dit onderwerp geparkeerd kan worden. Immers, er is veel belang bij goede cijfers over bijvoorbeeld het al dan niet op latere leeftijd recidiveren van jeugdige delinquenten, over hoeveel jeugdigen na afsluiting van de hulp toch weer bij de voordeur aankloppen, of welke jeugdigen zonder verdere hulp uit de problemen weten te blijven.

## 2.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk zijn de eerste bouwstenen aangereikt voor het begrippenkader voor het onderzoek naar resultaten van interventies in de praktijk. Het begrip ‘resultaat’ wordt hier gebruikt als verzamelnaam die zowel aspecten als de mate van uitval van cliënten, de effectiviteit van een interventie als de tevredenheid van cliënten omvat. Daarnaast is onderscheid gemaakt in verandering, werkzaamheid, doeltreffendheid/effectiviteit, bruikbaarheid en economische doelmatigheid (kosten-effectiviteit / efficiëntie).

Aangegeven is dat het resultaat van een interventie grofweg vanuit twee hoofddimensies is te bekijken: het *persoonlijke* nut en het *sociaal-maatschappelijke* nut. Meer in detail kan men spreken van verschillende invalshoeken van waaruit de resultaten van een interventie te beoordelen zijn:

- in *klinisch* opzicht (bijvoorbeeld reductie van symptomen);
- in *humanitair* opzicht (bijvoorbeeld bevordering van de kwaliteit van het leven van de cliënt);
- ten aanzien van *rehabilitatie* in het sociaal en maatschappelijk leven (de mate waarin de cliënt – weer – volwaardig aan dit leven kan deelnemen);
- vanuit het oogpunt van *veiligheid* (bijvoorbeeld kans op recidive).

Daarnaast is het resultaat op verschillend niveau te bepalen. Op het *microniveau* staat de individuele cliënt centraal. Op *mesoniveau* gaat het om de resultaten bij behandelvormen, modules of doelgroepen. Het *macroniveau* betreft de resultaten van de jeugdzorg als sector.

Voorts is na te gaan of de hulp op korte termijn er wat toe doet en wat de resultaten op langere termijn zijn. Hierbij is het zinvol onderscheid te maken in resultaatbepalingen gedurende het interventietraject (*tussenevaluaties*), resultaatbepalingen *bij afsluiting* van de interventie en resultaatbepalingen *bij follow-up*.

### 3. Doelrealisatie nader bekeken

#### 3.1 Inleiding

Wanneer kan nu gezegd worden dat de jeugdzorg *goede* resultaten bereikt? Niet alleen gaat het hier om beantwoording van de vraag ten aanzien van welke aspecten, volgens welke informanten, op welke termijn en op welk niveau er resultaat moet zijn geboekt. Ook zijn er maatstaven of standaarden nodig waaraan is af te lezen of het resultaat voldoende is of niet. Neem de volgende voorbeelden.

- *John*, een 17-jarige jongen, is op last van de rechter in een justitiële jeugdinrichting (JJI) opgenomen omdat hij een notoire delinquent is. Hij komt uit een achterstandsbuurt waar veel criminaliteit heerst. Hij krijgt in de JJI een training in sociale competenties en een scholingsaanbod om uiteindelijk het risico op recidive te verkleinen.
- *Steven* is een 15-jarige puber van ouders die met hevige onderlinge conflicten zijn gescheiden. Hij woont nu bij zijn moeder. De klacht is dat hij niet naar haar luistert en dat hij agressief en opstandig is. De hulpvraag van de moeder is: “help ons dat het gedrag van Steven minder problematisch is”. Steven vindt dat de ouders van de scheiding “een klerezootje” hebben gemaakt; aan zijn lichaamstaal is te zien dat dit hem erg hoog zit. Wel is hij het er mee eens dat hij minder snel boos moet worden. De hulpverlener stelt voor om bij Steven een cognitieve gedragstherapie toe te passen (gebaseerd op Anger Coping), die hem helpt niet-agressieve oplossingen voor probleemsituaties te vinden. Ook stelt hij gesprekken met Steven en zijn ouders voor die ervoor zorgen dat de ouders de emoties en gevoelens van Steven over de echtscheiding beter leren kennen en dat Steven de echtscheiding verwerkt.
- *Lana* is een meisje van 5 jaar, wiens problemen worden gekenmerkt door autisme en een licht verstandelijke handicap. Zij slaat zichzelf voortdurend (automutilatie). De ouders merken dat andere kinderen, ouders en collega's hen door dit nare gedrag gaan mijden. De hulpvraag van de ouders luidt: help ons het automutilerende gedrag van Lana te stoppen. De ouders leren nu specifieke opvoedingsvaardigheden aan, zodat zij het slaan kunnen afzwakken en gewenst gedrag kunnen versterken.

De vraag bij elk van deze casus is: wanneer is de hulp van de jeugdzorg nu geslaagd te noemen?

De focus is in dit rapport gericht op de meest voor de hand liggende maatstaf: het al dan niet bereiken van gestelde doelen. In dat kader komen de persoonsgebonden doelen aan de orde die in de relatie tussen cliënt en hulpverlener een rol spelen. Voorts bespreken we wat belangrijke maatschappelijke doelen zijn van de jeugdzorg als stelsel. Daarna gaat de aandacht uit naar de operationalisering van de doelen en de factoren die mede bepalen of een gerealiseerd doel de moeite waard is of niet. Voor wat betreft dat laatste gaat het vooral om de gepleegde input en het proces dat tot het doel heeft geleid. Ten slotte komt de weging van de resultaten in relatie tot neveneffecten en bijwerkingen aan bod.

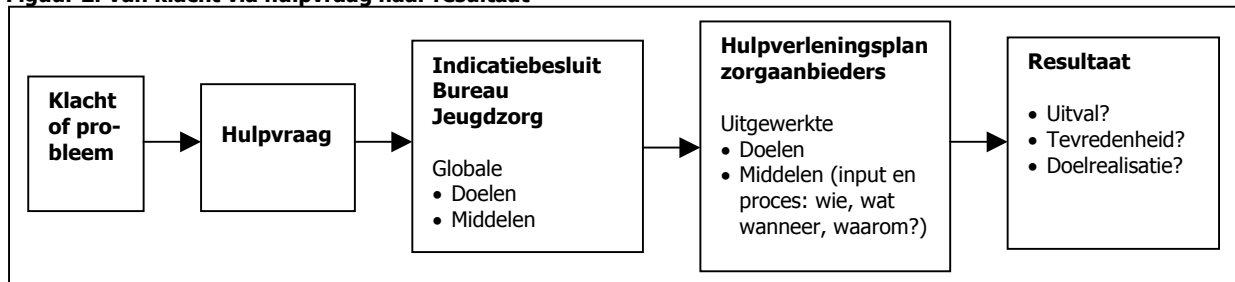
#### 3.2 Persoonsgebonden perspectief: van klacht naar resultaat

In paragraaf 2.2 zijn hoofddimensies onderscheiden van waaruit het resultaat van jeugdzorg is te belichten: het persoonlijke nut en het sociaal-maatschappelijke nut. De vraag welke doelen de jeugdzorg dient, is in het verlengde hiervan te beantwoorden. Onderscheid is te maken in twee perspectieven van waaruit men deze doelen kan stellen: het persoonsgebonden perspectief en het sociaal-maatschappelijk perspectief. In deze paragraaf staat het persoonsgebonden perspectief centraal. In paragraaf 3.3 volgt het sociaal-maatschappelijk perspectief

### *Van klacht via hulpvraag naar resultaat*

Kenmerk van het persoonsgebonden perspectief is dat de jeugdzorg een individuele waarde heeft. Een jeugdige en/of zijn opvoeders kunnen bij het opgroeien en het opvoeden problemen tegenkomen. De jeugdzorg is dan voor deze mensen een plek waar zij een ondersteunende of helpende hand kunnen krijgen. De vraag vanuit de hulpverlening is dan: waarom meldt de cliënt zich en wat verwacht de cliënt in dat licht van de jeugdzorg? Verschillende elementen die in de literatuur genoemd worden, zijn hier relevant om te onderscheiden (zie figuur 2; zie ook Van der Steege, 2003).

**Figuur 2. Van klacht via hulpvraag naar resultaat**



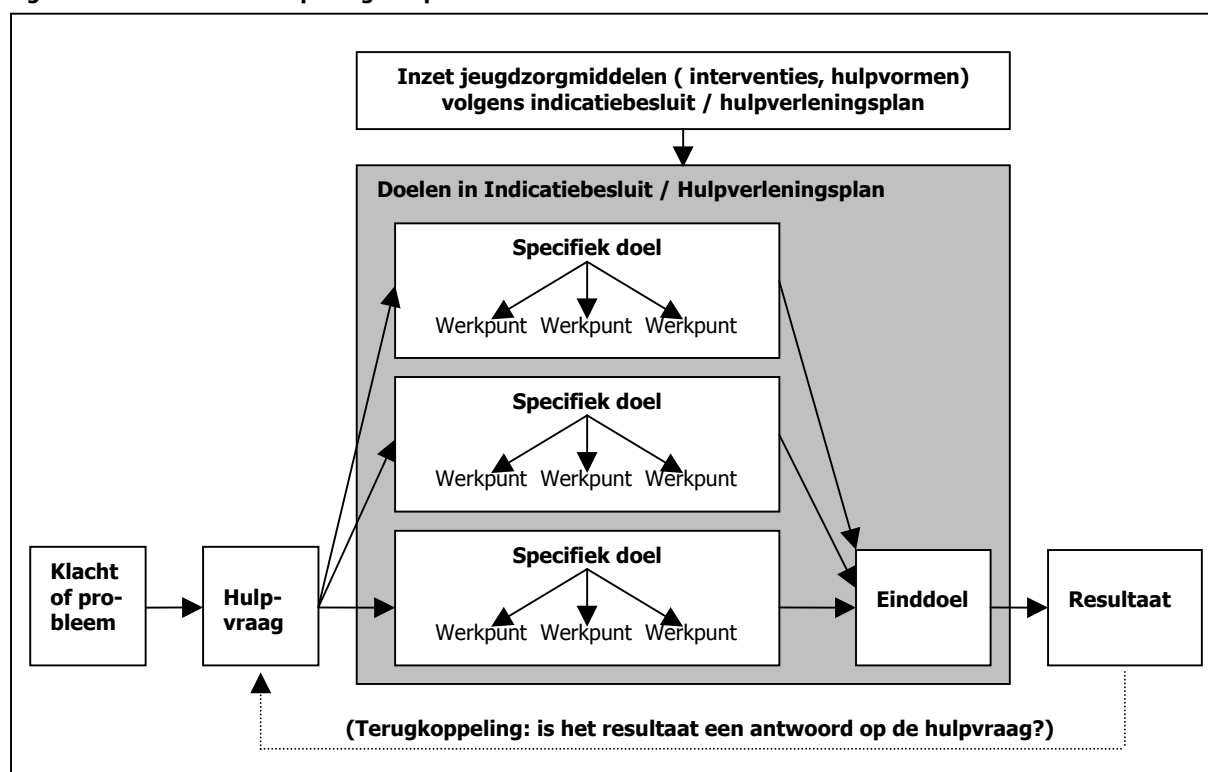
- *De klacht of het probleem.* Hier gaat het om de situatie of toestand die de cliënt risico, stress of lijdensdruk oplevert en waarvoor de cliënt zich meldt bij de jeugdzorg. Bij de voorbeelden uit de eerste paragraaf is bij Steven het agressieve en opstandige gedrag het probleem en bij Lana de automutilatie in combinatie met het autisme en de licht verstandelijke handicap. De klacht of het probleem is de aanleiding tot de hulpvraag.
- *De hulpvraag.* De hulpvraag geeft aan waarom de cliënt een beroep doet op de jeugdzorg en wat de cliënt in dat kader van de jeugdzorg wil. Bijvoorbeeld, bij Steven is de hulpvraag van de moeder: help ons het gedrag van Steven minder problematisch te maken. Bij Lana is de hulpvraag van de ouders: help ons het automutilerende gedrag te voorkomen. Bij John stelt feitelijk de rechter de hulpvraag aan de JJI: help bij John recidive te voorkomen. Als het goed is, biedt de hulpvraag weer directe aanknopingspunten voor het formuleren van het doel van de hulpverlening.
- *Het indicatiebesluit en het hulpverleningsplan.* Als resultaat van de dialoog tussen cliënt en hulpverlener over de problematiek, de sterke punten van de cliënt, de doelen waarmee de cliënt de hulpverlening benadert en de hulp die de jeugdzorg kan bieden, wordt er door Bureau Jeugdzorg een besluit afgegeven over
  - welke *doelen* er in de hulp centraal staan. Het doel geeft aan welke verandering de interventie beoogt. Bij Steven is dat bijvoorbeeld ‘het agressieve en opstandige gedrag is op een voor zijn leeftijd normaal niveau’. Bij Lana: de automutilatie is gestopt.
  - welke *middelen* er in dat kader worden ingezet. Het indicatiebesluit geeft globaal aan op welke hulpvormen de cliënt recht heeft om de doelen te realiseren.De cliënt verzilvert dit besluit bij een of meerdere jeugdzorgaanbieders. De aanbieders stellen daarvoor een hulpverleningsplan op dat een verdere uitwerking geeft van de doelen en de middelen (wie biedt welke zorg wanneer en met welk doel).
- *De resultaatbepaling.* Aan het einde van de hulpverlening – en voor zover relevant ook tussentijds – wordt het resultaat van de hulpverlening vastgesteld. Dat gebeurt bij de aanbieders in het kader van de evaluatie van het hulpverleningsplan. Bureau Jeugdzorg evalueert de resultaten bij het afgeven van een herindicatie of bij het afsluiten van de hulp. Zoals reeds in paragraaf 2.1 is opgemerkt, let men in de praktijk bij de resultaatbepaling vaak op drie – nauw samenhangende – dingen: uitval (is de cliënt in het hulpverleningstraject gebleven?), cliënttevredenheid (is de cliënt tevreden over de geboden hulp?) en doelrealisatie (is de hulp effectief geweest?).

### *Einddoel, specifieke doelen en werkpunten*

De doelrealisatie die bij de resultaatbepaling wordt geëvalueerd, kan een complex karakter hebben. Niet zelden heeft men hier te maken met meerdere doelen die in het indicatiebesluit en het hulpverleningsplan gesteld zijn. Dat kan voortvloeien uit complexe hulpvragen van cliënten, maar ook doordat de hulpverlener de hulp opknipt in fasen, aan te pakken leefgebieden, te betrekken disciplines etc. Hoe kan dit overzichtelijk gehouden worden? In de literatuur wordt in dit kader vaak gesproken van een hiërarchische opzet van de hulpverleningsdoelen (vergelijk Boendermaker, Eijgenraam & Van der Steege, 2002; Van Deur & Eijgenraam, 2001; De Ruyter, 1997; Van Wijk, 1999, 2002; Wijnen, 1999). Een dergelijke opzet gaat uit van een onderscheid in drie soorten doelen (figuur 3):

- *Het einddoel.* Het einddoel (in de praktijk vaak ook algemeen doel of lange-termijn-doel genoemd) geeft aan welke verandering de interventie uiteindelijk beoogt, waar het allemaal om te doen is. In de literatuur heet dit ook wel het *criterium* waarop bepaald wordt of een interventie al dan niet geslaagd is. Bij John is dat bijvoorbeeld 'kans op recidive is verkleind' en bij Lana 'de automutilatie is gestopt'. Het einddoel ligt duidelijk in het verlengde van de hulpvraag. Soms volstaat het formuleren van één einddoel, soms zijn er meer dan één nodig.
- *Specifieke doelen.* Deze doelen (in de praktijk ook wel als tussendoelen, korte termijn doelen of werkdoelen aangemerkt) knippen het einddoel op in een aantal onderdelen die elk apart aandacht krijgen. De specifieke doelen hebben in de praktijk vaak betrekking op 'onderliggende' mechanismen of factoren in uiteenlopende domeinen die het probleem veroorzaken, instandhouden, verergeren of juist verlichten (zie ook paragraaf 4.2).
- *Werkpunten.* Als specifieke doelen nog te abstract zijn geformuleerd, worden deze vertaald in concrete werkpunten (soms ook werkdoelen genoemd). Daarbij vindt een toespitsing plaats op goed af te bakenen situaties, op duidelijk te observeren gedragingen, of op kleine, goed haalbare stappen. Soms zijn de specifieke doelen al zo concreet, dat deze meteen als werkpunten kunnen gelden.

**Figuur 3. Van klacht via hulpvraag en specifieke doelen naar einddoel**



Specifieke doelen geven vaak de route aan waarlangs het einddoel moet worden bereikt. Eventueel kan tijdens de hulpverlening de route worden verlegd, als blijkt dat specifiek doel 1 niet haalbaar is en daarvoor specifiek doel 2 in de plaats moet komen. Einddoelen zijn daarentegen veel stabiel. Ze kunnen als gevolg van de dynamiek van de ontwikkeling van de cliënt en/of het hulpverleningsproces veranderen, maar dat gebeurt – als het goed is – met mate. Omdat het einddoel de ‘rode draad’ is van de ingezette hulpverleningsactiviteiten, moet iemand een heel goede reden hebben om hieraan te gaan sleutelen.

Er is in de praktijk weinig eenheid van taal als het gaat om termen als ‘lange termijn doel’, ‘einddoel’, ‘specifiek doel’, ‘werkpunt’, ‘werkdoelen’, ‘tussendoelen’ etc. Op zich is dat geen ramp, als iedereen maar hetzelfde principe hanteert: welk doel of werkpunt men ook hanteert, deze moet altijd direct of indirect te verbinden zijn met het uiteindelijke doel waarvoor de hulpverlening is ingezet. Als het einddoel bovendien een duidelijke relatie heeft met het probleem of de hulpvraag die de aanleiding is geweest voor de hulp, vormt de resultaatbepaling meteen een terugkoppeling naar de reden waarom de cliënt naar de jeugdzorg gekomen is.

#### *Op welk domein heeft elk doel betrekking?*

De einddoelen, specifieke doelen en werkpunten kunnen op uiteenlopende domeinen van functioneren betrekking hebben. Overzichten hiervan zijn te vinden bij verschillende auteurs (voor een bespreking, zie Bothof, 2000). Grofweg blijkt de inhoud van de doelen te typeren naar de volgende zeven domeinen (Van Vlijmen, 1999b; Van Loosbroek, Veerman & Ten Brink, 1999; voor een nadere bespreking zie ook Van Yperen & Alberts, 2003):

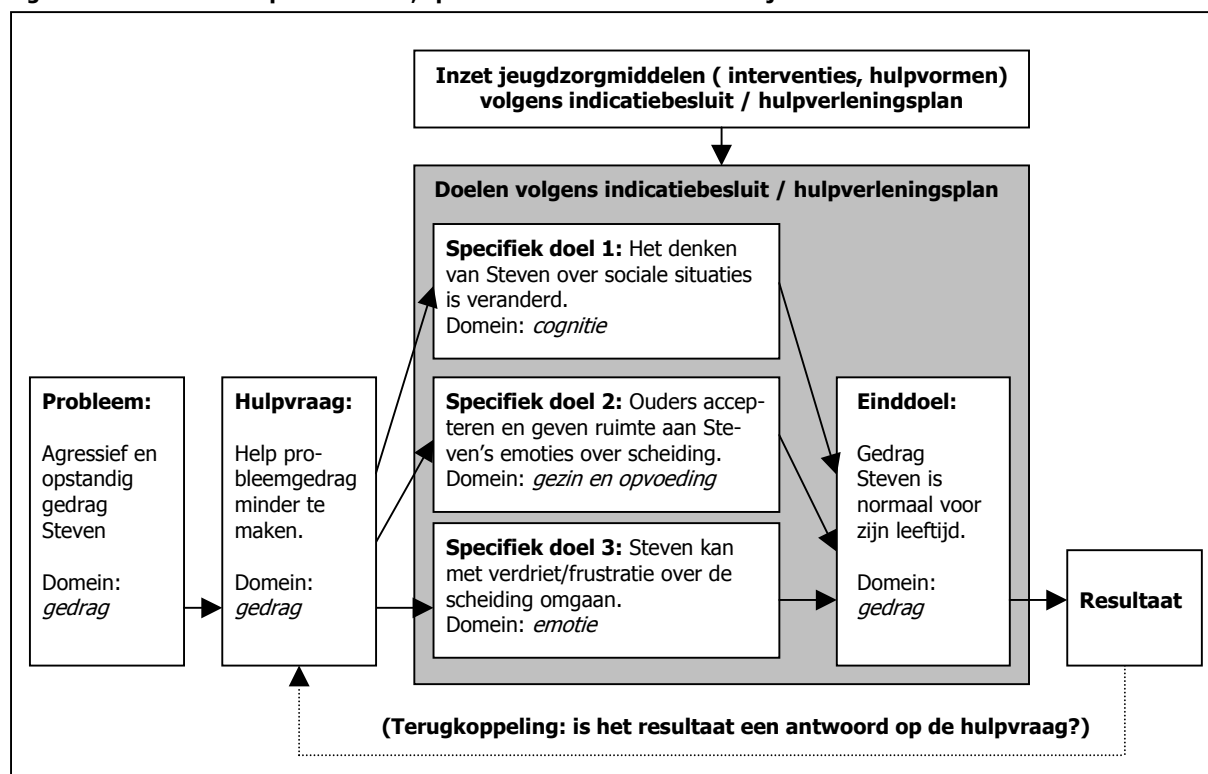
- Lichaam;
- Cognitie;
- Emotie;
- Persoonlijkheid;
- Gedrag;
- Gezin en opvoeding;
- Omgeving en sociaal netwerk jeugdige.

In de praktijk zien we geregeld dat een probleem in het ene domein (bijvoorbeeld een probleem met betrekking tot gedrag) niet leidt tot doelen in uitsluitend hetzelfde domein, maar ook in andere domeinen (bijvoorbeeld cognitie, emotie, gezin en opvoeding). Probleem en doel hebben in de praktijk geen simpele één-op-één-relatie (Van Yperen, 2002a). Dat heeft niet alleen te maken met de hulpvraag van de cliënt, maar ook met het feit dat – zoals hier al eerder is opgemerkt – de hulpverleningsdoelen worden opgeknipt in specifieke doelen die betrekking hebben op ‘onderliggende’ mechanismen of factoren in uiteenlopende domeinen die het probleem veroorzaken, instandhouden, verergeren of juist verlichten. Figuur 4 geeft aan de hand van de casus Steven een voorbeeld.

We zien in de figuur dat het probleem en de hulpvraag vooral gaan over het problematische *gedrag* van Steven. De hulpverlener heeft in het gesprek met Steven en zijn moeder drie belangrijke factoren gestedilleerd die met dit gedrag te maken hebben: de manier waarop Steven situaties interpreteert en dat hij opstandig-agressief gedrag kennelijk als passend antwoord ziet (*cognitie*); het gebrek aan aandacht dat in het gezin en de opvoeding is geschonken aan Steven’s emoties over de echtscheiding (*gezin en opvoeding*); Steven’s gebrekkige verwerking van de emoties over de echtscheiding (*emotie*). Het gezin besluit aan deze punten te gaan werken. Dit moet uiteindelijk leiden tot vermindering van het problematische gedrag van Steven. Het domein van het einddoel is daarom weer het *gedrag*.



**Figuur 4. Domeinen van problematiek, specifieke doelen en einddoel bij Steven**



Welke domeinen bij het probleem en de hulpvraag, de specifieke doelen en het einddoel worden benoemd, is sterk afhankelijk van wat volgens de cliënt en de hulpverlener de kern is van de hulpvraag, wat de gehanteerde ‘theorie’ is over wat een bepaald probleem veroorzaakt, in stand houdt, verergert of juist vermindert en wat de hulp uiteindelijk beoogt. Het voorbeeld in figuur 4 geeft één mogelijkheid weer van benoemde domeinen. Het weerspiegelt een persoonlijk, door de cliënt en hulpverlener geconstrueerd verhaal dat hen helpt de aandachtsgebieden in de hulpverlening te ordenen. Best mogelijk dat een andere cliënt of een andere hulpverlener bij een zelfde probleem tot een ander ‘verhaal’ komen, met een ander einddoel en andere specifieke doelen. Maar wat eerder werd aangegeven, geldt ook hier: van belang is dat het domein van het einddoel zo veel mogelijk overeenkomt met de domeinen van de problematiek of de hulpvraag. Alleen dan maakt de resultaatbepaling ten aanzien van einddoel scherp zichtbaar of de hulpvraag ook uiteindelijk is beantwoord.

Overigens is het niet noodzakelijk dat het ‘verhaal’ van de hulpverlener en de cliënt termen bevat als gedrag, emotie, cognitie, gezin en opvoeding en dat de doelen aangeduid zijn met labels als specifieke doelen, einddoel en domeinen. Kern van de zaak is dat de cliënt en de hulpverlener het met elkaar eens zijn waartoe de hulp uiteindelijk moet leiden en langs welke weg zij daar denken te komen. Hulpverleningsjargon is daarbij in principe overbodig.

#### *Wat is de aard van het doel?*

Einddoelen en specifieke doelen kunnen verschillend van aard zijn. Wie zijn oren en ogen in de praktijk de kost geeft, komt in dit verband verschillende soorten doelen tegen.

A. *Hulpverleningsdoelen.* Dit zijn einddoelen en specifieke doelen die de kerntaak raken van de uitvoerende hulpverlening. Bekende varianten die men hier tegenkomt, zijn:

- Probleem X is voorkomen (preventief hulpverleningsdoel);
- Probleem X, treedt niet opnieuw op, is niet verergerd, of complicaties zijn voorkomen (secundair preventief hulpverleningsdoel);

- Probleem X is verminderd of verholpen (curatief hulpverleningsdoel);
- Probleem X is draaglijk gemaakt (ondersteunend hulpverleningsdoel);
- Protectieve factor X is versterkt (versterkend hulpverleningsdoel).

B. *Informatie-gerichte en diagnostische doelen.* Het gaat er hier om dat

- een vraag om informatie of kennis over een probleem is beantwoord (de informatieve doelstelling). In het kader hiervan levert de zorgaanbieder bijvoorbeeld voorlichting of ‘psycho-educatie’.
- de behoefte aan nader inzicht in de problematiek, de daarmee samenhangende factoren, de oplossingsmogelijkheden en/of het toekomstperspectief is bevredigd (de diagnostische en indicerende doelstelling). De zorgaanbieder levert hiervoor bijvoorbeeld observatiediagnostiek bij een opgenomen jeugdige of gezin.

Deze doelen zijn vaak betrekkelijk algemeen van aard en daardoor niet gemakkelijk aan specifieke domeinen te koppelen.

C. *Voorwaardelijke doelen.* Deze betreffen situaties, gedragingen of aspecten van de hulpverleningsrelatie die de basis moeten leggen voor de realisatie van de hulpverleningsdoelen. Ook deze zijn vaak algemeen van aard en niet zo gemakkelijk aan specifieke domeinen te koppelen. Bekende voorbeelden zijn:

- De jeugdige is voldoende gemotiveerd voor therapie;
- Er is een voldoende samenwerkingsrelatie voor verdere hulp.

Voor een deel is Bureau Jeugdzorg verantwoordelijk voor het realiseren van dit soort doelen. Daarnaast geldt dat ook de zorgaanbieder investeert in de motivatie van de cliënt en de goede relatie tussen cliënt en hulpverlener om de hulp succesvol te laten verlopen.

Figuur 5 geeft een voorbeeld van soorten doelen die bij een casus aan de orde kunnen zijn.

**Figuur 5. Soorten doelen in interventies: voorbeelden**

Probleem	Hulpvraag	Doel	Type doel
Lana (5 j.) Automutilatie, autisme, licht verstandelijke handicap	Help ons te voorkomen dat Lana's jonge zusje (2 jaar) Lana gaat imiteren en zichzelf ook gaat slaan.	Het zusje vertoont in de kritieke periode (leeftijd van 2-4 jaar) geen automutilerend gedrag.	A: <i>Preventief hulpverleningsdoel</i> (De ... is bij het zusje voorkomen.)
	Help het automutilerende gedrag van Lana te stoppen.	Automutilatie is bij Lana gestopt.	A: <i>Curatief hulpverleningsdoel</i> (De ... is bij Lana gestopt.)
	Help ons gezin beter te leren omgaan met de gevolgen van Lana's autisme en verstandelijke handicap, vooral de afwijzingsreacties uit de omgeving.	De ouders geven aan beduidend minder onder de gevolgen van het autisme en de verstandelijke handicap van Lana te lijden.	A: <i>Ondersteunend hulpverleningsdoel</i> (De ... zijn draaglijk gemaakt.)
	Help ons aan informatie en kennis over de automutilatie.	De ouders geven aan voldoende informatie en kennis over de automutilatie te hebben.	B: <i>Informatief</i> (Ouders hebben voldoende informatie over ...)
	Help ons te begrijpen waar het automutilerende gedrag van Lana vandaan komt en help ons bepalen wat we eraan kunnen doen.	De ouders geven aan voldoende inzicht te hebben in de automutilatie en hebben een aanpak bepaald.	B: <i>Diagnostisch / indicerend</i> (Ouders hebben voldoende inzicht in en hebben aanpak voor ...)

In de praktijk zien we geregeld dat tegelijk met curatieve hulpverleningsdoelen (problemen verminderen of oplossen) ook doelen van andere aard worden gesteld. Soms ook is de zorg alleen gericht op preventieve of ondersteunende hulpverleningsdoelen. Minder gebruikelijk is dat de zorg bij een cliënt alleen draait om doelen uit categorie B of C (informatiegerichte, diagnostische of voorwaardelijke doelen). Zoals gezegd, hebben de hulpverleningsdoelen (categorie A) betrekking op de kerntaak van de uitvoeringspraktijk. Ze mogen bij een cliënt slechts dan ontbreken, als de instelling nadrukkelijk alléén voor diagnostische of voorwaardelijke doelen is ingeschakeld.

### *Conclusies*

Persoonsgebonden doelen kunnen zeer uiteenlopend van karakter zijn. Elk doel is te karakteriseren naar een aantal kenmerken:

- is het een einddoel, een specifiek doel of een werkpunt?
- op welk domein heeft het doel betrekking?
- wat is de aard van het doel: een hulpverleningsdoel, een informatieverricht / diagnostisch doel of een doel in de voorwaardelijke sfeer?

Daar komt bij dat het geheel aan doelen dat bij een cliënt aan de orde is complex kan zijn. Voor de resultaatbepaling in de jeugdzorg heeft dit drie belangrijke consequenties.

1. De resultaatbepaling moet zoveel mogelijk betrekking hebben op de kerntaak van de hulpverlening. Voorwaardelijke doelen en informatieverrichte of diagnostische doelen moeten alleen een prominente plaats krijgen voor zover de instelling nadrukkelijk voor deze doelen is ingeschakeld en realisatie van deze doelen een belangrijk antwoord biedt op de hulpvraag van de cliënt.
2. De hulp kan door het uitsplitsen van het einddoel in specifieke doelen en werkpunten voor de cliënt een onoverzichtelijk karakter krijgen. Als de cliënt niet goed wordt meegenomen in het hoe en het waarom van deze uitsplitsing, kan hij soms de indruk krijgen dat de interventie niet meer met het oorspronkelijke probleem of de hulpvraag heeft te maken, maar dat de hulpverlener met het probleem 'aan de haal gaat' (zie bijvoorbeeld Vermande, Faber & Hutschemaekers, 1997). Om dit soort situaties te voorkomen moet het voor de cliënt altijd volstrekt helder zijn hoe allerlei doelen en werkpunten die in het hulpverleningsproces gehanteerd worden in relatie staan tot de hulpvraag en het uiteindelijke doel van de hulp. Alleen dan kan de cliënt snappen hoe de hulpverlening in elkaar steekt en wat voor nut dat voor hem heeft. In paragraaf 4.2 komen we hierop terug.
3. In het verlengde van het vorige punt geldt nog het volgende. Als de resultaatbepaling zich gaat richten op alle doelen en domeinen waarop de hulp zich heeft uitgespreid, kan het zicht op de realisatie van het einddoel vertroebeld raken. Bijvoorbeeld, stel dat bij Steven het einddoel is: het agressieve en opstandige gedrag is weer tot normaal gedrag teruggebracht. Het mag niet zo zijn dat bij de resultaatbepaling blijkt dat de specifieke doelen ten aanzien van de cognities en de emoties van Steven en het gezin 100% geslaagd zijn, zonder dat ook helder wordt of het gedragsprobleem nu wel of niet is opgelost. Evalueren op doelrealisatie moet duidelijk maken of de cliënt ook echt voor datgene is geholpen, waarvoor de hulp is ingeschakeld.

Al met al is de complexiteit van de resultaatbepaling terug te dringen door één principe centraal te stellen: welke doelen of werkpunten men ook hanteert, deze moeten altijd direct of indirect te verbinden zijn met het uiteindelijke doel waarvoor de hulpverlening is ingezet. Resultaatbepaling op de specifieke doelen of de werkpunten betekent in dat geval dat men kan zien of de hulp 'op koers' ligt. Resultaatbepaling op het einddoel vormt meteen een terugkoppeling met het oorspronkelijke probleem of de hulpvraag. Het antwoord op de vraag 'Is het einddoel gehaald?' geeft dan meteen aan: 'Is er effectief antwoord gegeven op de hulpvraag?'.

### **3.3 Sociaal-maatschappelijk perspectief: visie op jeugdzorg**

Zoals gezegd is er naast het persoonsgebonden perspectief van waaruit doelen worden gesteld, ook een sociaal-maatschappelijk perspectief op de jeugdzorg. Dat laatstgenoemde perspectief bepaalt wat de jeugdzorg moet betekenen voor de samenleving. Deze invalshoek is van groot belang: het vormt het bredere kader waarin de persoonsgebonden doelen moeten passen.

Veel van de huidige voorzieningen in de jeugdzorg vinden hun oorsprong bij personen die, vaak uit religieuze of humanistische motieven, zich het lot van arme, zwakke of asociale kinderen en gezinnen aantrokken (zie bijvoorbeeld De Coole & Jansma, 1986; Huiskes, 2001; Matthijs & Vincken, 1997; Van Rijn, 1998). Met name na de tweede wereldoorlog werd in toenemende mate de overheid de drager van de maatschappelijke verantwoordelijkheid om op te komen voor de jeugdigen die met problemen kampen. Dat leidde tot een stelsel van voorzieningen bekostigd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ – instellingen voor jeugd-ggz en jeugd-lvg), doelsubsidies van provincies (Bureaus Jeugdzorg en jeugdhulpverleningsinstellingen) of budgetten van het ministerie van Justitie (de jeugdbescherming).

Door de jeugdzorg te institutionaliseren in een stelsel met door de overheid en door zorgverzekeraars gefinancierde voorzieningen, wil de samenleving uitdrukking geven aan het collectieve gevoel van verantwoordelijkheid voor de jeugdigen en hun opvoeders. De jeugdzorg is daarbij een instrument om humanitaire, sociale, economische en politieke doelen te verwezenlijken: opkomen voor de zwakkeren in de samenleving, jeugdigen beschermen tegen onrecht, ouders hun kinderen helpen op te voeden tot mondige en sociale burgers, de samenleving beschermen tegen schade, overlast en jeugdcriminaliteit. Beleidsadviezen en beleidskaders met betrekking tot de vernieuwing van de jeugdzorg bieden een blik op dit soort doelen (zie o.a. Jeugd beleid in Ba(la)ns, 1999, 2001; Adviescommissie Wet op de Jeugdzorg, 1999; Stichting Vedio, 2000, 2001; Taskforce Wet op de jeugdzorg, 2000). Belangrijke thema's die daarin naar voren komen zijn:

- A. *De jeugdzorg als speciale steun voor jeugdigen en opvoeders.* Het Verdrag voor de Rechten van het Kind bepaalt dat het kind recht heeft op een liefdevolle verzorging en opvoeding. De primaire verantwoordelijkheid voor die opvoeding ligt bij de ouders. De overheid heeft als taak optimale voorwaarden te scheppen voor de uitvoering van de opvoedingstaak van ouders. Daarvoor houdt de overheid een groot aantal basis- en algemene voorzieningen in stand: de huisarts, het consultatiebureau, de school, het algemeen maatschappelijk werk, de gezinshulp. De jeugdzorg is bedoeld als een specialistische voorziening: doel is jeugdigen en opvoeders te helpen bij opgroei- en opvoedingsproblemen die niet door de gewone bronnen van steun (zoals) opgelost of draagbaar gemaakt kan worden. In die zin is de jeugdzorg aanvullend op de basis- en algemene voorzieningen voor jeugdigen, opvoeders en gezinnen.
- B. *Activeren in plaats van compenseren.* Het verdrag van de rechten van het kind bepaalt ook dat kinderen het recht hebben om door hun eigen ouders te worden opgevoed en dat de ouders de opvoeding naar eigen inzichten mogen vormgeven. De ouders zijn primair verantwoordelijk voor de opvoeding. De jeugdzorg stelt zich daarom ten doel de autonomie van opvoeders te herstellen: de opvoeders moeten zoveel mogelijk zelfstandig de opvoeding van hun kind kunnen uitvoeren. Ook streeft de jeugdzorg 'empowerment' na: een versterking van het vermogen van opvoeders en jeugdigen om zich aan te passen aan nieuwe situaties en om problemen zelf op te lossen.
- C. *Bescherming van de jeugdige.* De overheid kan in geval van een ernstige bedreiging van de ontwikkeling van de jeugdige de rechten van ouders beperken, als deze ouders niet vrijwillig meewerken aan het wegnemen van deze bedreiging. Het doel van de jeugdzorg is hier de ouders in een gedwongen kader te bewegen het kind een gunstiger opvoedingsklimaat te bieden. Zo nodig moet de jeugdzorg (tijdelijk of voor langere duur) vervangende opvoeding kunnen bieden.
- D. *Bescherming van de samenleving.* Jeugdigen die een delict hebben begaan, kunnen door de rechter hulpverlening opgelegd krijgen. Het doel van de jeugdzorg is hier om bij te dragen aan de bescherming van de samenleving door een vermindering van risico op recidive bij deze jeugdigen.

De formulering van doelen vanuit dit perspectief levert een verheldering op van de maatschappelijke functie waarop de jeugdzorg ‘afgerekend’ wordt. Het richt de focus niet alleen op de belangen van cliënten, maar ook op de belangen van de samenleving.

#### *Relaties tussen persoonsgebonden en maatschappelijke doelen*

Persoonsgebonden doelen en doelen geformuleerd vanuit de sociaal-maatschappelijke functies van jeugdzorg staan – als het goed is – met elkaar in verband. De hulpverlener moet de algemene visies en idealen toepassen op het niveau van de omgang met de individuele cliënt. Op dat microniveau moeten immers de tijdelijke, speciale steun aan de opvoeders handen en voeten krijgen. De empowermentgedachte moet er in concrete hulpverleningsdoelen worden omgezet. Ook de beschermingsopdracht moet in het concrete handelen doorklinken. Dat doorvertalen van de algemene principes naar de dagelijkse praktijk blijkt niet gemakkelijk te zijn. Zo liet onderzoek naar de kwaliteit van de indicatiestelling in de Bureaus Jeugdzorg in de agglomeratie van Amsterdam zien dat erg onduidelijk is hoe de visie op jeugdzorg in die regio concreet meeweegt in de formulering van de doelen van de hulp en de bepaling van het aangewezen hulpaanbod bij cliënten (Eijgenraam e.a. 2001). Voor de onderzochte hulpverleners was die weging moeilijk te maken, omdat de algemene visie op jeugdzorg niet is vertaald in concrete richtlijnen die de hulpverleners in hun werk met de cliënten moeten laten meespelen. Dit is geen uniek beeld voor de agglomeratie Amsterdam. Wat vaak ontbreekt is een operationalisering van wat de overheid (i.e. de samenleving) en de sector voor ogen hebben met de effectuering van globale visies op jeugdzorg. Zonder die operationalisering blijft de resultaatbepaling in de jeugdzorg een gebrekkige onderneming. Omgekeerd geldt dat belangrijke maatschappelijke doelen van de jeugdzorg alleen op realisatie evalueerbaar zijn, voor zover deze doelen te vertalen zijn naar concrete richtlijnen voor hulpverleners.

#### *Beperkingen van de jeugdzorg*

De sociaal-maatschappelijke doelen bepalen niet alleen wat van de hulpverlener verwacht wordt, maar ook wat de hulpverlener *niet* moet doen. Onder meer komt dat tot uiting bij het uitgangspunt dat de jeugdzorg moet activeren in plaats van compenseren. Dat principe houdt niet alleen in dat de jeugdzorg de jeugdige en de opvoeders moet stimuleren hun leven in eigen hand te nemen. Ook houdt het in dat de hulpverlener de jeugdigen bij voorkeur niet uit huis plaatst, maar ze in hun eigen omgeving probeert hulp te bieden. Voorts geldt dat de jeugdzorg een speciale, aanvullende voorziening is. Dat betekent dat de jeugdzorg niet de taken van de basis- of algemene voorzieningen moet overnemen, maar dat zij een tijdelijke, speciale ondersteuning daarop biedt. Het zou dan ook onjuist zijn als de jeugdzorg zich ten doel stelt alle problemen van hun cliënten op te lossen. Dat is niet de taak van deze sector. De kernfunctie van de jeugdzorg is de cliënten zover te helpen, dat zij op eigen kracht of – waar nodig - ondersteund met de ‘gewone’ voorzieningen weer verder kunnen.

### **3.4 Toetsingscriteria op micro-, meso- en macroniveau**

Om de realisatie van doelen te kunnen bepalen is het essentieel dat zo exact mogelijk is aangegeven welke toetsingscriteria daarbij gelden. In de literatuur wordt dit ook wel de noodzaak tot operationalisering of het meetbaar maken van doelen genoemd, of het aanleggen van prestatie-indicatoren met bijbehorende succescriteria. Figuur 6 geeft een aantal voorbeelden van doelen en toetsingscriteria die op verschillende niveaus (micro-, meso- en macroniveau) te hanteren zijn.

Op *microniveau* hebben de doelen betrekking op de individuele cliënt en op specifieke problemen of hulpvragen die bij deze cliënt aan de orde zijn.

**Figuur 6. Voorbeelden van doelen en toetsingscriteria**

<b>Microniveau</b>			
<b>Eenheid</b>	<b>Doelen</b>	<b>Toetsingscriteria</b>	<b>Doel gehaald? *</b>
<i>John</i>	<p><i>Specifieke doelen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>John heeft een goede scholing;</li> <li>Sociale competentie is verbeterd.</li> </ol> <p><i>Einddoel JJI:</i> Risico op recidive is verminderd.</p>	<p><i>Specifieke doelen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>John heeft dit jaar VMBO afgemaakt.</li> <li>John kan zelfstandig een huishouden draaien;</li> <li>Hij kan zijn zaken met het huisvestings- en arbeidsbureau regelen;</li> <li>Hij kan omgaan met groepsdruk (hij kan nee-zeggen tegen meedoen aan criminele activiteiten).</li> </ol> <p><i>Einddoel JJI:</i> Score op risicotaxatie-instrument is significant verminderd.</p>	<p>Specifieke doelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ja / nee</li> <li>ja / nee</li> <li>ja / nee</li> </ol> <p>Einddoel: ja / nee</p>
<i>Steven</i>	<p><i>Specifieke doelen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Het denken van Steven over sociale situaties is veranderd.</li> <li>De accepteren en geven ruimte aan Steven's emoties over de scheiding.</li> <li>Steven kan met verdriet en frustratie over de scheiding omgaan.</li> </ol> <p><i>Einddoel:</i> agressief en opstandig gedrag zijn tot normale proporties teruggebracht.</p>	<p><i>Specifieke doelen:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>De score van Steven op de test voor uitspraken over sociale situaties is in de normale range.</li> <li>Steven toont in groepstherapie in 90% een niet-agressieve response op uitdagingen.</li> <li>De ouders geven aan voldoende te weten waarom Steven reageert zoals hij reageert.</li> <li>Als Steven frustraties uit over de scheiding, reageren de ouders niet meer alsof ze aangevallen worden.</li> <li>Steven zegt zijn vragen, boosheid en verdriet over scheiding voldoende met ouders te hebben besproken.</li> <li>Steven hanteert de vijf met de ouders afgesproken (geaccepteerde) manieren om met zijn terugkerende vragen, boosheid of verdriet om te gaan.</li> </ol> <p><i>Einddoel:</i> de score op de schaal 'Externaliseren' van de CBCL en de YSR is in normale range (T &lt; 60).</p>	<p>Specifiek doel:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ja / nee</li> <li>ja / nee</li> <li>ja / nee</li> <li>ja / nee</li> <li>ja / nee</li> <li>ja / nee</li> </ol> <p>Einddoel: ja / nee</p>
<b>Mesoniveau</b>			
<i>JJI: doelgroep jeugdigen met delinquent gedrag</i>	<p><i>Einddoel JJI:</i> risicofactoren delinquent gedrag verkleind</p> <p><i>Einddoel traject:</i> recidive is voorkomen.</p>	<p><i>Einddoel JJI:</i> risico op recidive bij verlaten JJI bij 70% jeugdigen in normale range van het taxatie-instrument.</p> <p><i>Einddoel traject:</i> bij 50% van de jeugdigen geen nieuwe veroordelingen in twee jaar na verlaten instelling.</p>	<p>Einddoel JJI: ja / nee</p> <p>Einddoel traject: ja / nee</p>
<i>Module: cognitieve therapie bij verwerkingsproblematiek</i>	De verwerkingsproblematiek is verminderd.	<ol style="list-style-type: none"> <li>85 % van de cliënten geeft aan dat de specifieke doelen waarvoor de therapie is ingezet, zijn gerealiseerd</li> <li>70% van de cliënten geeft aan dat het einddoel waarvoor de therapie is ingezet, is gerealiseerd.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ja / nee</li> <li>ja / nee</li> </ol>
<b>Macroniveau</b>			
<i>Provincie</i>	Het totale jeugdzorgaanbod in de provincie (alle doelgroepen en hulpvormen) geeft een adequaat antwoord op de hulpvragen van cliënten.	<ol style="list-style-type: none"> <li>Uitval uit hulp is per instelling maximaal 5%</li> <li>80% van de cliënten geeft aan tevreden tot zeer tevreden te zijn met de hulp.</li> <li>Gemiddeld over de jeugdzorginstellingen wordt bij 70% van de cliënten in de instellingen de einddoelen in de hulpverleningsplannen gerealiseerd.</li> <li>In elke afzonderlijke instelling wordt bij minimaal 50% van de cliënten de einddoelen in de hulpverleningsplannen gerealiseerd.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>ja / nee</li> <li>ja / nee</li> <li>ja / nee</li> <li>ja / nee</li> </ol>

\* Eventueel met 'glijdende schaal' aan te geven, zoals: (1) nee, niet; (2) nee, weinig; (3) ja, redelijk; (4) ja, volledig.

Het *mesoniveau* bevat doelen die over groepen cliënten gaan. De doelen worden hier ook wel prestatie-afspraken genoemd. In figuur 6 betreft één groep de populatie van een instelling en één groep de cliënten van een bepaalde zorgmodule. Te zien is dat op dit niveau wordt ingecalculerd dat de hulpverlening niet bij alle cliënten succesvol wordt afgesloten. Op mesoniveau is het dan ook gebruikelijk van resultaat te spreken als de hulp bij een bepaald percentage van de cliënten effect laat zien, de doelen zijn gerealiseerd of de interventie bruikbaar is gebleken. We zien ook dat op het mesoniveau geen uitgebreide monitoring plaatsvindt op specifieke doelen. Hoogstens bekijkt men hier of een hulpvorm leidt tot de realisatie van de specifieke doelen waarvoor deze doorgaans wordt ingezet.

Overigens verdienen de doelen die bij de JJI in figuur 6 zijn genoemd nog enige toelichting. Het einddoel van een hulpverleningsplan van de JJI kan niet zijn ‘er is geen recidive’, omdat het delinquente gedrag alleen opnieuw kan optreden nadat vrijlating uit de JJI heeft plaatsgevonden (Horjus & Baerveldt, 2002). Het einddoel van de JJI kan alleen maar zijn: ‘de kans op recidive is bij het verlaten van de inrichting in belangrijke mate verkleind’. Om die reden richt de JJI zich op specifieke doelen die in het bereik van de instelling<sup>4</sup> liggen (betere sociale competentie en schoolsucces). De JJI kan alleen maar doelen buiten het bereik van de instelling nastreven, als zij daarvoor samenwerking aangaat met andere instellingen, bijvoorbeeld de vrijwillige ambulante hulpverlening die na het JJI-verblijf probeert John op het rechte pad te houden. Bij een dergelijke trajecthulpverlening kan voor elke fase (verblijf in de JJI, respectievelijk de vrijwillig-ambulante fase) een apart einddoel worden afgesproken. De toetssteen voor de resultaten van de JJI bij het verlaten van de instelling is daarom “de kans op recidive is in de normale range”, terwijl de toetssteen voor het hele traject is “geen recidive in twee jaar”. Voor een uitgebreide bespreking van een dergelijke trajecthulpverlening, zie Boendermaker, Eijgenraam & Van der Steege (2002).

Het *macroniveau* generaliseert over allerlei groepen cliënten. Ook hier gaat men ervan uit dat niet alle hulp succesvol hoeft te verlopen en ook hier zijn alleen de einddoelen interessant. Tachtig procent van de cliënten moet in het voorbeeld tevreden zijn over de hulp. Gemiddeld moeten de instellingen een einddoelrealisatie halen van 70%, terwijl geen enkele instelling op dit aspect onder de 50% mag scoren. De interventies die achter deze doelen schuil gaan, kunnen zeer verschillend zijn. Bij de resultaatbepaling blijft dit uit beeld, als de focus alleen wordt gericht op de vraag of het einddoel gehaald is.

Het werken met toetsbare doelen of prestatie-afspraken wordt in de jeugdzorg steeds meer als een centraal kenmerk van goede hulpverlening beschouwd, niet alleen op microniveau, maar ook op meso- en macroniveau (zie o.a. Bennema-Sybrandy, 1996; Bransen, Van Ooyen-Houben & Place, 2000; Hardenberg, Schrotten, Stumphius & Vester, 2001; Posthumus, 2000; De Ruyter, 1997; Van Vlijmen, 1999a). Daar staat tegenover dat er in de praktijk vaak nog veel problemen zijn met de formulering van evalueerbare doelen; het komt nog geregeld voor dat doelen gebrekkig of helemaal niet zijn geformuleerd (zie bijvoorbeeld Eijgenraam e.a., 2001; Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming, 2001; Konijn, Metselaar & Stoll, 2002). Dat laat zien dat, hoewel er in de jeugdzorg geen twijfel meer lijkt te zijn over het belang van het stellen van doelen in de hulpverlening, de praktische vertaling van dit belang nog op de nodige problemen stuit.

Een bekend obstakel bij het hanteren van goede toetsingscriteria is dat het niet gemakkelijk is om die criteria te verzinnen. Verschillende ontwikkelaars hebben daarom in de afgelopen jaren pogingen ondernomen het doelenstellen te ondersteunen met systemen die hulpverleners suggesties aanreiken (zie bijvoorbeeld Van den Bogaart & Mesman Schultz, 1990; Michelbrink & De Jonge, 1995; Oosterbaan & Kroes, 1995). Dergelijke systemen met standaarddoelen vormen doorgaans een uitstekende bron van inspiratie. De genoemde systemen hebben echter tot nu toe geen brede ingang gevonden. Wellicht dat de interesse voor deze ondersteunende middelen toeneemt naarmate het systematisch evalueren op doelrealisatie als een vaste routine in de jeugdzorg wordt ingebouwd.

### **3.5 Wanneer is het goed genoeg?**

De vorige paragraaf bevatte voorbeelden van doelen die op verschillend niveau kunnen worden nagestreefd, waaronder: John heeft zijn sociale competentie verbeterd; in de populatie van de

JJI scoort 50 % geen recidive in de twee jaren na het verlaten van de instelling; tachtig procent van de jeugdzorgcliënten is tevreden. Wat zegt het eigenlijk als deze doelen zijn gehaald? Is de verbeterde sociale competentie van John op een normaal niveau terechtgekomen? Is het uitblijven van recidive bij 50% van de behandelde jeugdigen nou veel of juist weinig? Als tachtig procent van de cliënten tevreden is – en dus één op de vijf cliënten ontevreden - is dat dan acceptabel of niet? Hier stuiten we op een algemeen probleem bij het centraal stellen van doelen: doelrealisatie op zich hoeft geen waarde te hebben. Cruciaal is de kwestie hoe we kunnen bepalen of een gerealiseerd doel werkelijk van enige waarde is of niet. Met andere woorden, waar moeten we op letten? Wat is een goed streefniveau? Welk streefniveau is goed genoeg? Bij deze kwestie zijn drie vragen aan de orde.

#### *Hoe objectief is de waardebeoordeling?*

Het eerste aspect van de waardebeoordeling van doelrealisatie betreft de standaard die geldt om te bepalen of een doel (te) laag of (te) hoog is gesteld. Grofweg zijn er drie manieren om de hoogte van een doel op zijn waarde te schatten.

- *Subjectieve waardebeoordeling.* De eerste benadering gaat ervan uit dat één bepaald persoon uitmaakt of de doelen de moeite waard zijn en of deze doelen gehaald zijn of niet. Op microniveau is dat bijvoorbeeld de cliënt. Op mesoniveau is dat bijvoorbeeld een directeur of een hoofd behandeling, en op macroniveau bijvoorbeeld een gedeputeerde van de provincie.
- *Interpersoonlijke waardebeoordeling.* Bij de tweede benadering bepaalt consensus de waarde van een doel en de realisering. De cliënt en de hulpverlener zijn het er bijvoorbeeld over eens dat het einddoel gehaald is en dat dat de moeite waard was. (Vergelijk Bennema-Sybrandy, 1996). Op meso- en macroniveau maakt men in deze benadering gewoonlijk afspraken tussen belanghebbenden over wat de hoogte van het doel moet zijn.
- *Objectieve waardebeoordeling.* Bij de derde benadering hanteert men empirische maatstaven om te bepalen wat wel of niet de moeite waard is. Op microniveau streeft men dan bijvoorbeeld naar een gedrag dat weer in de normale range is, gemeten met behulp van een op de bevolking genormeerd instrument (zoals de CBCL), of men verwijst naar het algemene wetenschappelijk en empirisch gefundeerd inzicht dat het belangrijk is om een bepaalde risicofactor (bijvoorbeeld een onverwerkte echtscheiding) onschadelijk te maken.

In een vraaggerichte hulpverlening ligt het voor de hand dat de cliënt uitmaakt of een doel de moeite waard is en of dit doel uiteindelijk gehaald is. Toch brengt dit het risico met zich mee dat de doelrealisatie te eenzijdig wordt benaderd. Vooral vanwege het eerder genoemde ‘informanten-probleem’ is het gezond om de doelrealisatie van verschillende gezichtspunten te belichten. Daar komt bij dat de jeugdzorg niet alleen een persoonlijk nut heeft, maar ook een sociaal-maatschappelijk nut. Dat pleit ervoor om niet alleen een subjectieve waardebeoordeling te hanteren, waarbij één persoon (i.e. de cliënt) uitmaakt of een doel de moeite waard is of niet en of dat doel ook is gehaald. Eerder levert een mix van benaderingen, waarin ook intersubjectieve en objectieve waardebeoordelingen een plaats hebben, een beter beeld op. Het gebruik van genormeerde instrumenten bij de evaluatie van doelen is in dat licht bijzonder waardevol, omdat deze een min of meer geobjectiverde maatstaf kunnen leveren.

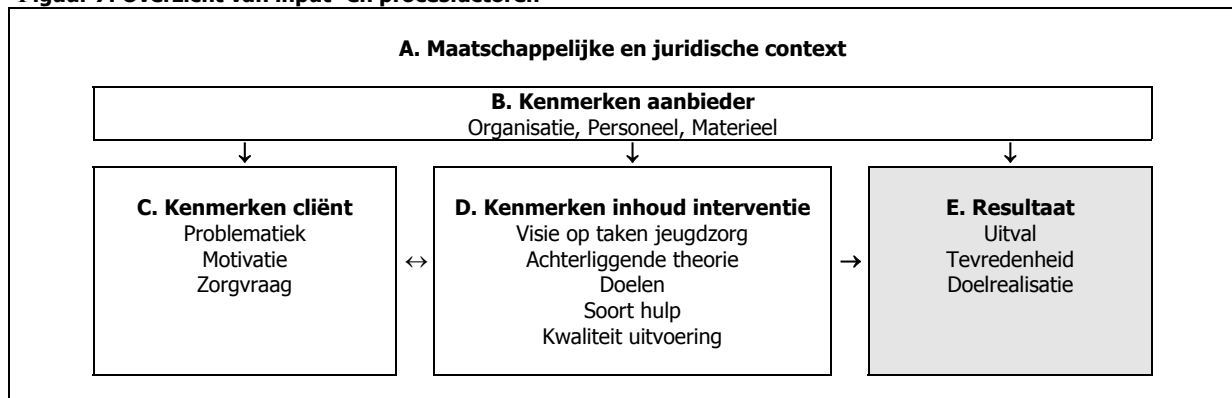
#### *Weegt de realisering van het doel op tegen de investering?*

Het tweede aspect betreft de vraag is of de doelrealisatie in een goede verhouding staat tot de investering die is geboden. Het gaat hier om een weging van het resultaat ten opzichte van input- en procesfactoren. Zoals is hoofdstuk 2 is opgemerkt, wordt dit ook wel de efficiëntie of het relatieve succes van een interventie genoemd. Veerman, Damen & Ten Brink (2000) presenteren een model waarin een aantal van deze factoren is afgebeeld. Figuur 7 geeft een



overzicht van de relevante factoren, gebaseerd op het model van Veerman e.a., aangepast aan enkele inzichten uit de vorige paragrafen en uit Cohen & Eastman (2000) en Nugter (2000). Hierna volgt een korte bespreking van elk onderdeel van de figuur.

**Figuur 7. Overzicht van input- en procesfactoren**



- A. De eerste groep factoren heeft te maken met het feit dat het resultaat van de hulpverlening altijd gezien moet worden tegen de achtergrond van het *maatschappelijk en juridisch kader* waaraan de cliënten, de instellingen en de hulpverleners gebonden zijn. Zo is in paragraaf 3.3 beschreven dat maatschappelijke opvattingen meebepalen wat onder een goed resultaat van hulp kan worden verstaan. Een instelling die bij 50% van de cliënten het resultaat behaalt door de jeugdige uit huis te plaatsen, kan in de huidige tijdgeest minder lof verwachten dan een instelling die bij een zelfde soort cliënten ook bij 50% resultaat haalt, maar dan door intensieve opvoedingsondersteuning thuis. Een ander voorbeeld. Zodra een jeugdige in een JJI 18 jaar wordt, is er geen juridische basis meer om deze behandeling in een gedwongen kader voort te zetten. Er zijn dan twee mogelijkheden: de behandeling stopt en de inmiddels volwassen jongere zit zijn eventuele reststraf uit, of de hulp wordt op vrijwillige basis voortgezet. Als nu een JJI veel jeugdigen moet opnemen die 17 jaar zijn, heeft deze instelling maar weinig tijd om de jeugdigen goed te behandelen. Een realisatie van 50% voorkoming van recidive is bij zo'n instelling dan misschien een groot succes. Bij een JJI die veel met jongere delinquenten werkt en meer tijd heeft om te behandelen, stemt deze score van 50% misschien tot ontevredenheid.
- B. De tweede groep factoren heeft betrekking op de *kenmerken van de aanbieder*: heeft de aanbieder voldoende budget om goede hulpverleners aan te trekken, welk assortiment hulpvormen heeft de aanbieder in huis, welke doelgroepen kan de aanbieder goed bedienen, in hoeverre kan de zorgaanbieder met het assortiment van hulpvormen flexibel omgaan, hoezeer zorgt de aanbieder goed voor het personeel zodat deze hun werk naar behoren kunnen doen. Een successcore van 50% kan bij hulpverleners die onder slechte condities werken een prestatie van formaat zijn, terwijl van hulpverleners die zeer goed gefaciliteerd zijn veel meer verwacht mag worden.
- C. Een derde groep factoren betreft de *kenmerken van de cliënt of het cliëntensysteem*. Bij het beoordelen van de opbrengst van de hulpverlening moeten we er bijvoorbeeld rekening mee houden dat sommige problemen hardnekkiger en moeilijker behandelbaar zijn dan andere. Bij jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in combinatie met hyperactiviteit moet vaak meer geïnvesteerd worden dan bij jeugdigen met emotionele problemen. Daarnaast hebben instellingen in verschillende mate te maken met cliënten die weinig gemotiveerd zijn om zich voor de hulpverlening in te spannen. Een succespercentage van

50% kan bij een dergelijke populatie geweldig zijn, terwijl datzelfde percentage bij een gemakkelijke doelgroep en bij een zelfde investering aan hulp wellicht te laag is.

- D. De vierde groep gaat vooral over de *kenmerken van de zorg zelf*. Hier gaat het om de vraag of de uitvoering wordt geleid door een visie (zie paragraaf 3.3) en een goede rationale (zie hoofdstuk 4), wat voor soort hulp er precies wordt uitgevoerd, wat de kwaliteit van die uitvoering is, hoe lang die hulp duurt, etc. Een score van 50% kan bij een slechte hulpverlening als een meevaller genoteerd worden. Is de hulpverlening van uitstekende kwaliteit, maar blijft het aantal cliënten waarbij de doelen worden gerealiseerd niettemin onder de 50%, dan kan dat vragen oproepen.

Dit laat zien dat de output van de hulp tegen veel input- en het procesfactoren kan worden afgewogen. Dat is geen gemakkelijke opgave. Toch is het nuttig om de hierboven genoemde factoren bij de waardetaxatie van de doelen te betrekken. Ze helpen niet alleen te bepalen of het al dan niet bereiken van een doel als een goede prestatie is te zien. Ook bieden ze mogelijkheden te verklaren waarom doelen al dan niet bereikt worden en met welke factoren de prestaties zijn te verhogen.

#### *Opbrengst en bijwerkingen*

Het derde aspect dat bij de waardebeoordeling van doelrealisatie moet worden betrokken is de vraag of het gerealiseerde doel opweegt tegen eventuele risico's of bijwerkingen van de interventie. Onbedoelde effecten van de zorg kunnen een positief resultaat verstoren. Bijvoorbeeld, Eddy, Dishon & Stoolmiller (1998; zie ook Van Yperen, 2001) laten zien dat een groepsbehandeling met tieners met antisociaal gedrag, waarbij de jeugdigen een vorm van zelfregulatie en gedragscontrole wordt aangeleerd, goed bleek te werken. Het gedrag van de jeugdigen, vooral wat betreft hun sociale interactie met volwassenen, verbeterde. Maar het bleek ook dat een aantal jeugdigen door deze groepsaanpak in de gaten kregen hoe ze door hun antisociale gedrag de aandacht van volwassenen en de nieuwsgierigheid van leeftijdsgenoten konden wekken. Volgens de onderzoekers leverde dat een risico op om op latere leeftijd te gaan roken en delinquent gedrag te gaan vertonen. De onderzoekers wijzen erop dat ze hier alleen achter zijn gekomen door op meer zaken te letten dan alleen de vraag of de doelen van de interventie worden bereikt.

Meer in het algemeen geldt dat de realisatie van doelen in de jeugdzorg afgewogen moet worden tegen de onbedoelde effecten van deze zorg. De laatste jaren is de aandacht voor eventuele risico's, last of negatieve bijwerkingen van hulpvormen toegenomen. Vooral onder de invloed van de gedachte dat de hulpverlening cliënten in hun eigen vermogens moet versterken ('empowerment') in plaats van afhankelijk maken, en de nadruk op het recht van jeugdigen om in hun eigen omgeving en door hun eigen ouders te worden opgevoed, is er meer oog gekomen voor de negatieve kanten van met name de behandeling van jeugdigen in residentiële voorzieningen. Onderzoek naar deze negatieve aspecten is echter schaars. Eventuele bijwerkingen van hulpvormen – medicijnenonderzoek uitgezonderd - krijgen nagenoeg geen aandacht. We zien dan ook dat de onbedoelde effecten momenteel nauwelijks een rol spelen in de beoordeling van de resultaten van de hulp.

### **3.6 Conclusie**

De conclusie van dit hoofdstuk ligt voor de hand: het bepalen of de hulp voldoende resultaat oplevert of niet is een ingewikkelde onderneming. Er dienen veel factoren gewogen te worden om uit te maken of het resultaat werkelijk de moeite waard is. In de praktijk is het moeilijk om al deze factoren adequaat mee te nemen. De complexiteit van de resultaatbepaling vereist

een vereenvoudiging, wil het vraagstuk hanteerbaar blijven. De volgende aandachtspunten helpen die vereenvoudiging aan te brengen.

- Op microniveau is de monitoring van doelrealisatie interessant voor de einddoelen, de specifieke doelen en de werkpunten. De resultaten ten aanzien van de specifieke doelen en de werkpunten laten immers zien of men met de hulp 'op koers' ligt. De resultaten en aanzien van het einddoel laten zien of er een effectief antwoord is gegeven op de hulpvraag. Op het mesoniveau vindt geen uitgebreide monitoring plaats op specifieke doelen. Hoogstens bekijkt men hier of een hulpvorm leidt tot de realisatie van de specifieke doelen waarvoor deze doorgaans wordt ingezet. Voor het macroniveau zijn de specifieke doelen en de werkpunten niet van belang. Daar gaat het vooral om de vraag of de einddoelen worden gehaald.
- De focus bij de doelrealisatie is gericht op persoonsgebonden doelen. Alleen die maatschappelijke doelen van de jeugdzorg worden bij de evaluatie betrokken, voor zover deze vertaald zijn in concrete richtlijnen voor het stellen van doelen op cliëntniveau.
- Voor de weging van de gerealiseerde doelen ten opzichte van input- en procesfactoren selecteert men per factor slechts een enkele kernindicator. Hiermee verwerft men signalen die erop kunnen wijzen dat een zekere mate van doelrealisatie als een goede prestatie geldt of niet. Beperkte en periodieke studies zijn meer geschikt om – naar aanleiding van gerichte vragen - gedetailleerder de diepte in te duiken.

## 4. Verdieping: theorie als werkkader in de praktijk

### 4.1 Het belang van theorie

De basis van het hulpverlenend handelen wordt gevormd door theorie. Daarbij hoeft niet direct gedacht te worden aan een uitgebreid wetenschappelijk betoog. Het gaat erom dat de interventie bestaat bij de gratie van de opvatting dat de interventie een middel is om een doel te bereiken. Anders gezegd, hulpverlenend handelen wordt gevoed door het idee dat als je een interventie toepast, je bij een cliënt een bepaalde verandering teweeg kan brengen. Daarom past een hulpverlener gezinstherapie toe om interactiepatronen in een gezin te verbeteren. Daarom wordt een cognitieve gedragstherapie gebruikt om het impulsieve en agressieve gedrag van een jongen te beteugelen. Daarom volgt een jeugdige een sociale vaardigheidstraining om zijn omgang met leeftijdsgenoten en volwassenen te verbeteren.

Verschillende auteurs pleiten er nadrukkelijk voor de interventie bij elke cliënt van een goede rationale te voorzien (zie bijvoorbeeld Kazdin, 2001; Swanborn, 1999; Veerman e.a., 2000; Weersing & Weisz, 2002). In de wetenschappelijke literatuur wordt deze rationale ook wel de theorie van het individuele geval of de N=1-theorie genoemd (Van Strien, 1984). Deze theorie verschaft de basis van het hulpverlenend handelen.

De drie casus illustreren dit.

- *John* krijgt in de JJI een training in sociale competenties en een scholingsaanbod om uiteindelijk het risico op recidive te verkleinen. Het achterliggende idee daarbij is dat een gebrek aan sociale competenties en gebrekkige scholing risicofactoren zijn in het voortbestaan van delinquent gedrag. Door de interventie op deze risicofactoren te richten, zou de kans op recidive worden verkleind, zo is de gedachte.
- Bij *Steven* denkt de hulpverlener dat de echtscheiding niet goed is verwerkt en dat dit een belangrijke oorzaak van het gedrag van Steven is. Daarnaast is de hulpverlener van mening dat John's cognities en emoties over sociale situaties in het algemeen een rol spelen. De hulpverlener stelt daarom voor een cognitieve therapie toe te passen en gesprekken te voeren met het gezin. De veronderstelling van de hulpverlener is daarbij dat het agressieve en opstandige gedrag minder zal worden door de aanpak van John's cognities en door de verwerking van de echtscheiding via deze twee interventies.
- *Lana's* ouders krijgen door de hulpverlening specifieke opvoedingsvaardigheden aangeleerd, zodat zij de automutilatie van hun kind kunnen afzwakken en gewenst gedrag kunnen versterken. De veronderstelling hierbij is dat het zichzelf slaan kan worden beïnvloed via de vaardigheden van de opvoeders.

Elk van de bovenstaande beschrijvingen zijn feitelijk kleine theorieën over wat de mechanismen en factoren zijn die bij een probleem in het spel zijn en hoe de interventies op deze factoren invloed kunnen uitoefenen. Een goede theorie over een interventie biedt dan ook inzicht in twee zaken.

- A. *De mechanismen en factoren die in het spel zijn.* Ten eerste moet helder gemaakt worden waar de interventie bij een cliënt op is gericht en waarom dat zo is. Veerman e.a. (2000) spreken hier over de ontstaanstheorie die ten grondslag ligt aan een interventie. Meer in het algemeen gaat het hier om de vraag welke risico- en protectieve mechanismen en factoren bij het ontstaan, de instandhouding, de versterking of juist de afzwakking van een probleem een rol spelen. De theorie maakt duidelijk welke van deze factoren zich lenen als aangrijpingspunt voor de interventie.

B. *De werkzame ingrediënten van de interventie.* Ten tweede is het van belang helder te maken hoe men denkt de beïnvloeding te plegen, welke interventievorm of vormen daarvoor adequaat zijn. Veerman e.a. (2000) spreken hier over de behandelingstheorie die ten grondslag ligt aan een interventie. Deze theorie geeft aan wat de werkzame bestanddelen van een interventie zijn.

In de volgende paragrafen gaan we op deze onderwerpen nader in.

## 4.2 Mechanismen en factoren: welke *wel* en welke *niet* beïnvloedbaar?

Bij elk probleem waarmee cliënten zich bij de jeugdzorg melden zijn mechanismen en factoren in het spel die het probleem veroorzaken, instand houden, verergeren of juist verzachten of oplossen. Het gaat hier om risicofactoren zoals het wonen in een achterstandsbuurt, het verkeren in een vriendenkring waarin veel delinquent gedrag voorkomt, echtscheiding in gezinnen en om mechanismen. Ook gaat het om protectieve factoren zoals het hebben van een betekenisvol persoon in de omgeving die de jeugdige opvangt, het beschikken over een goede intelligentie en over humor, het beschikken over een goede vorm van dagbesteding (school, werk). Daarnaast betreft het mechanismen die een probleem een dynamisch karakter geven, zoals de biologische rijping van een kind, het intreden van een nieuwe ontwikkelingsfase van een jeugdige of een gezin, het verschijnen van nieuwe personen in het leven van de jeugdige.

Twee soorten mechanismen en factoren zijn hier van belang om te onderscheiden (zie ook Petrosino, 2000; Offord & Chmura Kraemer, 2000; Van Yperen, 2001; Van de Wiel, 2002):

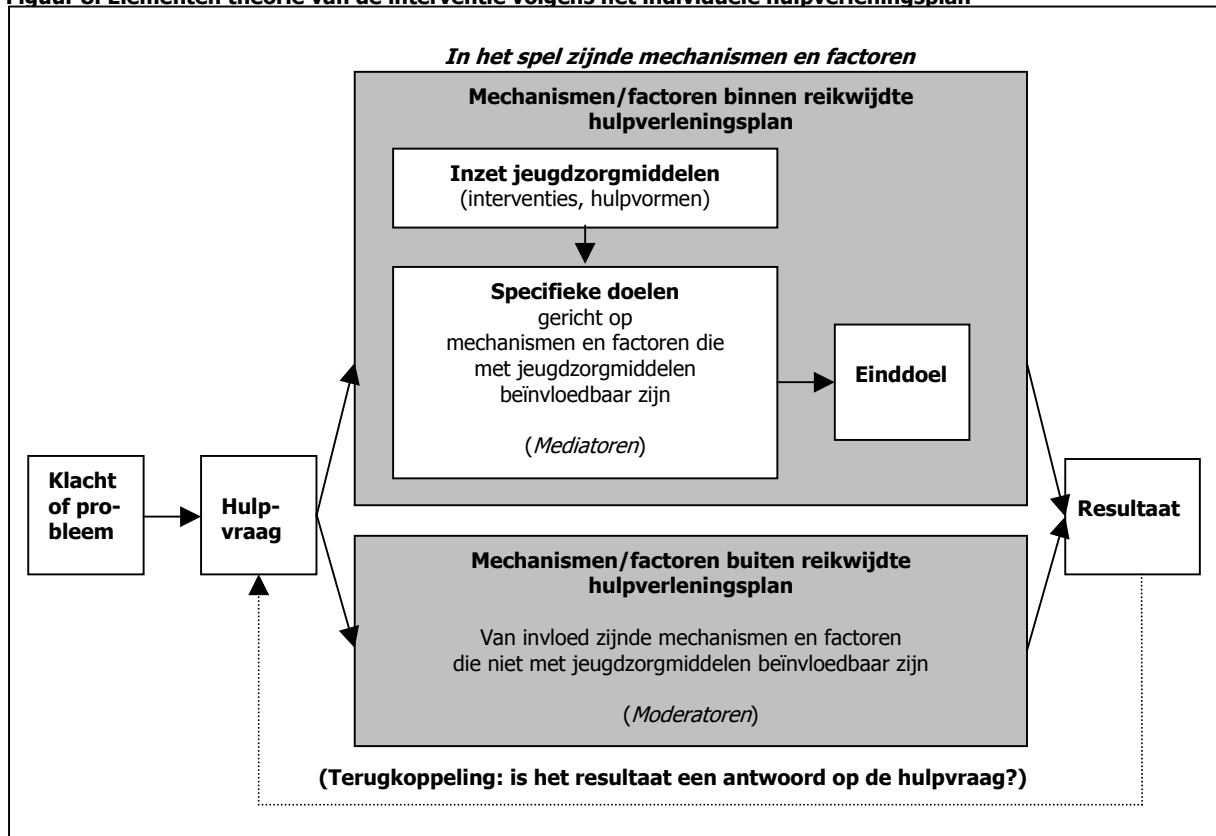
- *Beïnvloedbare mechanismen en factoren.* Hier gaat het om risico-, oorzakelijke, instandhoudende of versterkende processen en factoren die in de interventie gebruikt kunnen worden om het doel te bereiken, omdat ze door de interventie veranderbaar of manipuleerbaar zijn. In de wetenschappelijke literatuur noemt men dit de mediators. Het gaat hier bijvoorbeeld om de scholing en de sociale competentie bij John, of de sociale cognities en de verwerking van de echtscheiding bij Steven. We komen het begrip ‘mediator’ bijvoorbeeld ook tegen in de term ‘mediatietherapie’, waarbij men het gedrag van een cliënt via anderen probeert te beïnvloeden. Bijvoorbeeld, bij Lana zijn de ouders de mediators (om precies te zijn: hun opvoedingsvaardigheden) die aangesproken worden om het automutilerende gedrag van Lana te stoppen.
- *Niet-beïnvloedbare mechanismen en factoren.* Dit betreffen risico-, oorzakelijke, instandhoudende of versterkende processen en factoren die niet via de jeugdzorg beïnvloedbaar zijn, maar die er wel voor zorgen dat de interventie bij de aanwezigheid van deze factoren gewoonlijk succesvoller of juist minder succesvol verloopt. De wetenschappelijke literatuur spreekt hier van moderators. Bij John zijn bijvoorbeeld het criminele milieu en de achterstandsbuurt waar hij uit komt niet-beïnvloedbare factoren (moderators) die een rol spelen. Bij John zal dus het mechanisme spelen dat - zodra hij weer in dit milieu terugkomt – de kans op recidive verhoogd wordt. Ook weten we dat jongens statistisch gezien een grotere kans hebben om (weer) in criminaliteit te vervallen dan meisjes. Bij Steven weten we dat de situatie van de gescheiden ouders steeds een nieuwe bron van stress kan vormen, dat opstandig gedrag voor een deel aan de puberteit kan liggen, en dat jongens over het algemeen eerder met agressief en opstandig gedrag reageren dan meisjes. Bij Lana gelden het autisme in combinatie met de licht verstandelijke handicap als onveranderbare risicofactoren voor het optreden van haar gedrag.

Anders gezegd: mechanismen en factoren die volgens de theorie beïnvloedbaar zijn, maken duidelijk wat de aangrijpingspunten van de interventie kunnen zijn, terwijl de niet-

beïnvloedbare mechanismen en factoren onderscheidend werken naar de gevallen waarvoor de aangrijpingspunten in meer of mindere mate benut kunnen worden.

Vier elementen vormen nu de belangrijke bouwstenen in de theorie van het individuele geval: het probleem, de hulpvraag, de in het spel zijnde mechanismen en factoren, en het einddoel. Figuur 8 heeft de relatie tussen deze bouwstenen weer.

**Figuur 8. Elementen theorie van de interventie volgens het individuele hulpverleningsplan**



De figuur geeft aan dat de klacht of het probleem van de cliënt in eerste instantie vertaald wordt in een hulpvraag. Bijvoorbeeld, bij Steven is de klacht dat hij zo'n agressief en opstandig gedrag vertoont. De hulpvraag van de ouder is: help ons dit gedrag te verminderen. De hulpverlener analyseert met het oog op deze hulpvraag de situatie op de mogelijke werking van oorzakelijke, versterkende, instandhoudende of juist positief werkende mechanismen en factoren. Bij Steven leidt dit tot de theorie dat de cognities van de jongen omtrent sociale situaties in het algemeen en omtrent de echtscheiding belangrijke – en bovendien met jeugdzorg beïnvloedbare – factoren zijn. De hulpverlener grijpt deze factoren aan om het einddoel te bereiken dat uiteindelijk met de ouders en met Steven is afgesproken: het terugdringen van het agressieve en opstandige gedrag. Met het stellen van het einddoel wordt er rekening mee gehouden dat Steven in een leeftijd zit waar opstandig gedrag heel normaal is en dat de puberteit nu eenmaal niet met jeugdzorg beïnvloedbaar is. Het einddoel streeft dan ook geen *afwezigheid* van agressief en opstandig gedrag na, maar een voor zijn leeftijd en geslacht *normaal* niveau van dat gedrag.

Geïllustreerd aan de drie casus ziet elke theorie er schematisch als volgt uit (figuur 9).

**Figuur 9. Onderscheid in probleem, hulpvraag, in het spel zijnde factoren en einddoelen**

Casus	Samenvatting probleem	Samenvatting hulpvraag	Mechanismen en factoren wel/niet beïnvloedbaar via jeugdzorgmiddelen	Met cliënt afgesproken einddoel
<b>John (17j.)</b>	Notoir delinquent gedrag, achterstandsbuurt en crimineel milieu	Rechter: Help John niet meer in delinquentie te vervallen	<i>Beïnvloedbaar</i> (mediatoren): Sociale competentie en schoolsucces <i>Van invloed, maar niet beïnvloedbaar</i> (moderatoren): Sekse, achterstandsbuurt, crimineel milieu	Recidive is voorkomen
<b>Steven (15j.)</b>	Agressief en opstandig pubergedrag	Moeder: Help ons dat het gedrag van Steven normaal wordt.	<i>Beïnvloedbaar</i> (mediatoren): Cognities over sociale situaties en de verwerking van de echtscheiding <i>Van invloed, maar niet beïnvloedbaar</i> (moderatoren): Gescheiden ouders, puberteit en sekse	Agressief en opstandig gedrag is tot normale proporties teruggebracht
<b>Lana (5j.)</b>	Automutilatie, autisme, licht verstandelijke handicap	Ouders: Help ons het automutillerende gedrag van Lana te stoppen.	<i>Beïnvloedbaar</i> (mediatoren): Reactievaardigheden opvoeders <i>Van invloed, maar niet beïnvloedbaar</i> (moderatoren): Autismen en licht verstandelijke handicap	Automutilatie is gestopt

Op het eerste gezicht lijkt het hier te gaan om nogal theoretische begrippen. Toch is dit niet het geval. Met name twee thema's hebben veel praktisch belang.

#### *Specifieke doelen gericht op de mechanismen en factoren*

In paragraaf 3.2 zagen we dat de hulpverlener vaak niet direct naar het einddoel toewerkt, maar zich richt specifieke doelen. Deze doelen kunnen betrekking hebben op de mechanismen en factoren die het probleem van de cliënt veroorzaken, instandhouden, versterken of juist verminderen of die de gewenste situatie helpen bereiken. Zoals ook in paragraaf 3.2 is besproken, moet dit goed met de cliënt gecommuniceerd worden, om te voorkomen dat de cliënt de indruk krijgt dat de hulpverlener met het probleem 'aan de haal gaat'. Dat geldt bij uitstek als de specifieke doelen worden gericht op de hier besproken mechanismen en factoren. De N=1 theorie die de hulpverlener opbouwt over deze mechanismen en factoren om de specifieke doelen en de interventiestrategieën te bepalen moet ook de theorie van de cliënt zijn over wat belangrijk is om aan te pakken. Is dat niet het geval, dan loopt de hulpverlener het risico dat de hulpverlening voor de cliënt een 'black box' wordt. Grote kans dat de cliënt dan niet snapt hoe de hulpverlening in elkaar steekt en wat de hulp nog met zijn oorspronkelijke hulpvraag van doen heeft. Grote kans ook dat dit ten koste gaat van de mate waarin de cliënt zich nog verbonden voelt met het hulpverleningsproces.

#### *Niet-beïnvloedbare factoren en haalbaarheid interventie*

Interventies zijn logischerwijs gericht op de beïnvloedbare mechanismen en factoren bij een probleem. Als de hulpverlener daarbij echter onvoldoende rekening houdt met de werking van niet-beïnvloedbare mechanismen en factoren, dan is de kans groot dat het uiteindelijke effect teleur stelt. Dat zien we duidelijk bij John: ondanks scholing en training in sociale vaardigheden kan hij na terugkeer in zijn buurt toch weer gemakkelijk in de fout gaan. De regel die hier van toepassing is, is eigenlijk heel simpel:

$$\text{Eindresultaat} = \text{Effect interventie beïnvloedbare factoren} - \text{werking niet-beïnvloedbare factoren}$$

De regel stelt dat hoe sterker de werking is van de niet-beïnvloedbare mechanismen en factoren, hoe groter het effect van de interventie moet zijn op de wél-beïnvloedbare mechanismen en factoren, wil er een goed eindresultaat uit de bus komen. Prettig is daarbij de gedachte dat het geen vast gegeven is wat wel of niet beïnvloedbaar is. De focus is hier immers gericht om wat beïnvloedbaar is met *jeugdzorg*. Sommige mechanismen en factoren zijn misschien langs andere wegen dan de jeugdzorg aan te pakken. Bijvoorbeeld, het feit dat John zijn thuisbasis in een achterstandsbuurt heeft, geldt voor de hulpverlener in de jeugdzorg als een niet-beïnvloedbare factor; hij kan aan die factor immers weinig doen. Voor een gemeenteambtenaar ligt dat anders: in principe is een achterstandsbuurt via sociaal beleid van de gemeente aan te pakken. Een ambtenaar die belast is met het sociaal beleid zal daarom de achterstandsbuurt kunnen beschouwen als een wel-beïnvloedbare factor om de criminaliteit bij jeugdigen als John terug te dringen (op die achterstandsbuurt heeft hij invloed), terwijl voor hem de sociale competentie van jeugdigen juist een niet-beïnvloedbare factor is (daar heeft hij met het beleid geen vat op). Als de gemeenteambtenaar en de hulpverlener de krachten bundelen, daalt het aantal niet-beïnvloedbare factoren en stijgt het aantal beïnvloedbare factoren waarop effect te scoren is. Het gevolg is dat een hoger gesteld einddoel haalbaar is, dan wanneer die krachtenbundeling niet plaatsvindt.

Dit alles laat zien dat een hulpverlener in de bepaling van zijn hulpverleningsstrategie een theorie moet opbouwen. In die theorie is uiteen gerafeld wat het einddoel is en welke mechanismen en factoren bij een interventie als aangrijpingspunt voor specifieke doelen kunnen worden gebruikt. Tevens maakt de theorie helder welke (overige) factoren in het spel zijn die de haalbaarheid van een interventie bepalen.

### **4.3 De werkzame ingrediënten: algemeen en specifiek**

Bij de hierboven beschreven elementen van de theorie staat het onderscheid centraal op *wat* de interventie zich richt. In deze paragraaf komen begrippen aan de orde die aangeven *hoe* een interventie werkt. Ook hierbij is het goed om weer een onderscheid te maken in de verschillende soorten factoren die een rol spelen. We noemen deze de werkzame ingrediënten van een interventie (zie ook Van Yperen, 2001).

- *Algemeen (non-specifiek) werkzame ingrediënten* zijn onderdelen van een interventie die tot het resultaat bijdragen ongeacht de soort behandeling en doelgroep. Bekende voorbeelden van deze factoren 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, veiligheid van de hulpverlener).
- *Specifiek werkzame ingrediënten* zijn de werkzame elementen die alleen gelden voor bepaalde typen behandelingen, in de context van bepaalde doelen en voor bepaalde doelgroepen. Voorbeelden zijn:
  - bij jeugdigen met ernstige gedragsproblemen lijken individuele interventies effectiever in het terugdringen van deze gedragsproblemen dan groepsinterventies; gezinsgerichte interventies lijken effectiever als er tegelijk gewerkt wordt met gedragstherapeutische interventies (zie Bartels, Schuurmsma & Slot, 2001);



- Anger Coping blijkt effectiever bij het tegengaan van gedragsproblemen bij oppositioneel gedrag en proactieve agressie dan bij reactieve agressie (Orobio de Castro, 2001).
- Allochtone cliënten hechten doorgaans meer waarde aan de rol van het geloof bij het oplossen van problemen; eventuele inschakeling van een geestelijke bij de hulpverlening kan in een aantal gevallen goed werken (Hosper, Konijn & Vollenbergh, 2001).

De resultaten van een interventie worden altijd bepaald door een optelsom van de werkzame ingrediënten. Uitgewerkt naar de drie casus ziet dit er als volgt uit (figuur 10).

**Figuur 10. Het hoe en wat van interventies: voorbeelden**

Casus	Probleem	Wat wordt beïnvloed	Hoe wordt beïnvloed	Einddoel (criterium)
John (17 j.)	Delinquent gedrag, achterstandsbuurt, crimineel milieu	Sociale competentie Schoolsucces	Algemene ingrediënten + Competentietraining + Scholing	Recidive is voorkomen
Steven (15 j.)	Agressief en opstandig gedrag, traumatische echtscheiding ouders.	Cognities over sociale situaties, cognities over de echtscheiding, interacties over de echtscheiding	Algemene ingrediënten + Cognitieve therapie + Gesprekken Steven met ouders over echtscheiding	Agressief en opstandig gedrag is tot normale proporties teruggebracht.
Lana (5 j.)	Automutilatie, autisme, licht verstandelijke handicap	Reactievaardigheden opvoeders	Algemene ingrediënten + Training opvoedingsvaardigheden ouders	Automutilatie is gestopt.

Idealiter zijn de algemeen werkzame ingrediënten in alle drie de casus aanwezig. Ze vormen immers de basis van goede hulpverlening. Zonder deze basis kunnen allerlei andere ingrediënten in hun werkzaamheid sterk worden beknot. Daarbovenop moet helder zijn welke specifiek werkzame ingrediënten in de interventie zijn verpakt. Hier vertonen de casus duidelijke verschillen. Deze verschillen hangen samen met de opvatting of de theorie die de hulpverlener heeft over wat wel en niet werkt in het individuele geval. De keuze van de specifiek werkzame ingrediënten is immers niet vanzelfsprekend, maar afhankelijk van het type probleem dat aan de orde is en de beïnvloedbare mechanismen en factoren die bij de casus het aangrijpingspunt vormen voor de interventie.

#### 4.4 Samenvatting

Aangegeven is dat theorie de basis vormt van behandeling. Een goede theorie over een interventie biedt inzicht in twee zaken.

In de eerste plaats is van belang dat duidelijk wordt welke *mechanismen en factoren* bij de oorzaak, instandhouding, verergering of juist verzachting of oplossing van een probleem in het spel zijn. Deze zijn weer onderverdeeld in

- *Beïnvloedbare mechanismen en factoren* (mediatoren). Dit betreft de werkingen van risico-, oorzakelijke, instandhoudende of versterkende processen en factoren waarop specifieke doelen in interventies kunnen zijn gericht.
- *Niet-beïnvloedbare mechanismen en factoren* (moderatoren). Hier gaat het om de werking van processen en factoren die niet via de jeugdzorg beïnvloedbaar zijn, maar die er wel voor zorgen dat de interventie bij de aanwezigheid van deze factor gewoonlijk succesvoller of juist minder succesvol verloopt.

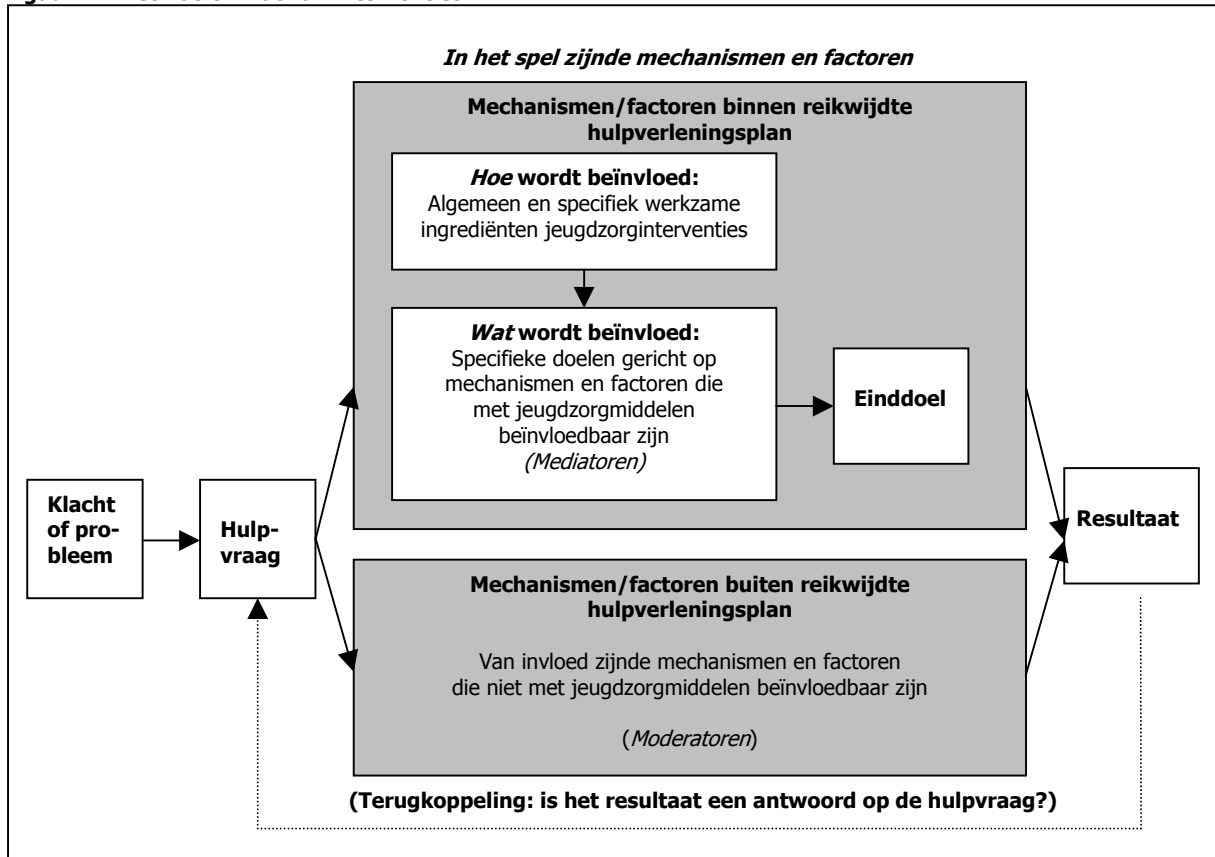
Met betrekking tot *hoe* de interventie werkt, is een onderscheid gemaakt in twee soorten ingrediënten van een behandeling.

- *Algemeen (non-specifiek) werkzame ingrediënten* zijn onderdelen van een interventie die tot het resultaat bijdragen ongeacht de soort behandeling en doelgroep.

- *Specifiek werkzame ingrediënten* zijn de werkzame elementen die alleen gelden voor bepaalde typen behandelingen, in de context van bepaalde doelen en voor bepaalde doelgroepen.

Aangegeven is dat met deze begrippen als bouwstenen een theorie (opvatting, rationale, notie) achter elke interventie is te construeren. Met die theorie is uiteen gerafeld welke factoren bij een interventie als aangrijpingspunt worden gebruikt en welke factoren de haalbaarheid van een interventie bepalen. Ook geeft het aan welke specifiek werkzame ingrediënten er nodig zijn, naast de algemeen werkzame factoren, om de doelen in een interventie te realiseren. Figuur 11 vat dit samen.

**Figuur 11. Het hoe en wat van interventies**



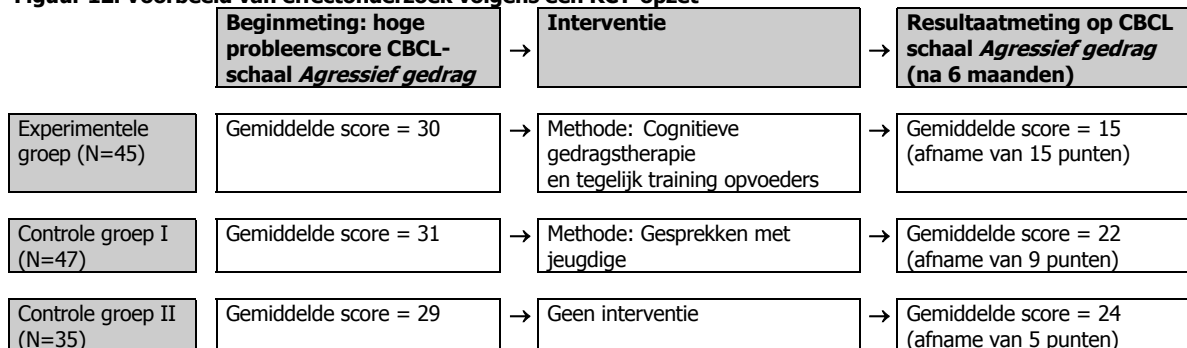
## 5. Onderzoek naar de resultaten van interventies

### 5.1 Inleiding

Fundamenteel bij de effectbepaling in de jeugdzorg is de vraag of veranderingen bij de cliënt zijn toe te schrijven aan de interventie, of dat die verandering komt door spontaan herstel of andere factoren. Om een dergelijke vraag te beantwoorden, zijn er methoden ontwikkeld waarmee de effectiviteit van hulpvormen wetenschappelijk verantwoord kan worden bepaald. Er zijn tal van publicaties met een overzicht te vinden van de onderzoeksmethoden die daarbij bruikbaar zijn, zowel op het microniveau (N=1), als op een hoger aggregatieniveau (zie Shadish, Cook & Campbell, 2002; Swanborn, 1999; Van Yperen, Van Gastel & De Jong, 1997). Voor een beschrijving van die verschillende onderzoeksmethoden volstaan we hier met de verwijzing naar die publicaties. Hier volstaan we met een onderscheiding in grofweg drie typen onderzoek (Boendermaker, Van der Veldt & Booy, 2003):

- *Experimenteel onderzoek volgens de Randomized Controlled Trial of Randomized Clinical Trial (RCT)*. Bij dit type onderzoek wordt gewerkt met een aselechte ('random') toewijzing van jeugdigen aan een experimentele groep en een controlegroep. De experimentele groep krijgt de interventie die op effect wordt onderzocht. De controlegroep krijgt een ander soort interventie (meestal 'treatment as usual') of wordt op een wachtlijst geplaatst. Door de aselechte toewijzing zijn de twee groepen goed vergelijkbaar. Door de toestand van de cliënten in de twee groepen op het moment van de selectie en na verloop van tijd met elkaar te vergelijken, komen verschillen tussen de groepen aan de dag die vrij zuiver aan de experimentele interventie zijn toe te schrijven. Figuur 12 toont van deze opzet een voorbeeld.

**Figuur 12. Voorbeeld van effectonderzoek volgens een RCT-opzet**



In het voorbeeld gaat het om jeugdigen met agressief gedrag die in de experimentele conditie cognitieve gedragstherapie krijgen in combinatie met een intensieve opvoedingstraining van hun ouders. De uitkomsten worden vergeleken met simpele gespreksvoering en met geen behandeling. Als de groep cliënten die behandeld is volgens de cognitieve therapie en de opvoedingstraining beduidend meer resultaat laat zien dan de groep die niet behandeld is, kan het effect in ieder geval niet aan spontaan herstel of natuurlijke groei worden toegewezen. Als de methode ook nog beduidend betere resultaten oplevert ten opzichte van de groep die op andere wijze behandeld is, geeft dat een aanwijzing dat de methode meer doet dan alleen uit algemeen werkzame factoren is te verklaren. Wat 'beduidend beter' is, kan met statistische technieken worden bepaald.

- *Quasi-experimenteel onderzoek*. Bij dit soort onderzoek wordt met een experimentele en een controlegroep gewerkt, alsook met een voor- en een nameting, maar vindt er geen aselechte toewijzing plaats. De indeling gebeurt bijvoorbeeld aan de hand van de voorkeur van de cliënt. Ook wordt hier soms gewerkt door een experimentele behandeling van de ene

instelling te vergelijken met de traditionele behandeling zoals die in een andere instelling nog wordt toegepast (de zogeheten 'multi-site studie' of 'multi-centre studie'). Een voordeel van dit type onderzoek is dat de quasi-experimentele opzet gemakkelijker in de praktijk te realiseren is. Vaak zijn de experimentele en controlegroep echter niet goed vergelijkbaar. Dat kan het moeilijk maken om de uitkomsten van de studie zuiver aan de verschillen in de interventievorm toe te schrijven.

- *Veranderingsonderzoek*. Hier wordt een voor- en een nameting verricht. Er is echter geen experimentele en controlegroep; er wordt slechts één groep of interventievorm bestudeerd. Gewoonlijk gaat men daarbij na of er na de interventie beduidende veranderingen in de groep zijn opgetreden. Soms beperkt men zich tot het uitvoeren van één meting achteraf. Men spreekt dan van een post-test only design.

Met name het experimentele onderzoek staat hoog in aanzien. Maar er is ook een belangrijk probleem met deze opzet. Wetenschappelijke studies met deze opzet hebben weliswaar laten zien dat hulpverlening over het algemeen helpt, maar dat er ook veel vragen zijn over de mate waarin dit onderzoek representatief is voor de praktijk. Veerman (1998) vat het probleem als volgt samen: het goede nieuws is dat therapie werkt, maar het slechte nieuws is dat dat alleen lijkt te gelden voor therapie die speciaal voor universitair onderzoek is ontwikkeld en uitgevoerd.

Op grond van een studie van Boendermaker e.a. (2003) blijkt dat dit beeld minstens genuanceerd moet worden. Er bestaat in Nederland een bloeiend geheel van praktijkonderzoek waarvan de rapportages een beperkt verspreidingsgebied hebben. Dat type onderzoek blijft dan ook vaak buiten het zicht van de vaktijdschriften. Wetenschappelijke overzichtstudies nemen deze studies daarom niet vaak mee. Eén van de kernproblemen van het praktijkonderzoek is bovendien dat dit vaak van mindere waarde wordt geacht dan het 'echte' wetenschappelijke onderzoek. In dit hoofdstuk gaan we dieper in op de merites van dit probleem. De aandacht gaat daarbij vooral uit naar de vraag hoe de wetenschappelijke waarde en de praktische bruikbaarheid van resultaatbepaling beter met elkaar in relatie kunnen worden gebracht. Aan het slot van dit hoofdstuk staan we kort stil bij de vraag wat wetenschappelijke studies en op de praktijk geënte onderzoeken tot nu toe hebben opgeleverd.

## **5.2 Wetenschappelijke gedegenheid en praktische representativiteit**

De RCT geldt doorgaans als de ultieme vorm van effectonderzoek. Geddes (1999) presenteert bijvoorbeeld een hiërarchie in het effectonderzoek die als volgt geordend is:

1. aan de top staat het bewijs uit een meta-analyse of systematische overzichtsstudie van alle RCT's die met een bepaalde interventievorm zijn uitgevoerd. Dan volgt respectievelijk
  2. bewijs uit ten minste één RCT,
  3. bewijs uit tenminste één gecontroleerde studie zonder randomisatie (i.e. de groepen zijn niet volgens toeval ingedeeld),
  4. bewijs uit ten minste één ander type van quasi-experimenteel onderzoek,
  5. bewijs uit beschrijvende studies (studies zonder controlegroep en zonder randomisatie, zoals vergelijkende studies, correlatieve studies, praktijkmonitoring, case studies / N=1-onderzoek)
  6. en ten slotte bewijs op grond van expertgroepen of klinische ervaring van autoriteiten.
- Soortgelijke ordeningen vinden we terug bij andere auteurs (zie bijvoorbeeld Sackett e.a., 1997).

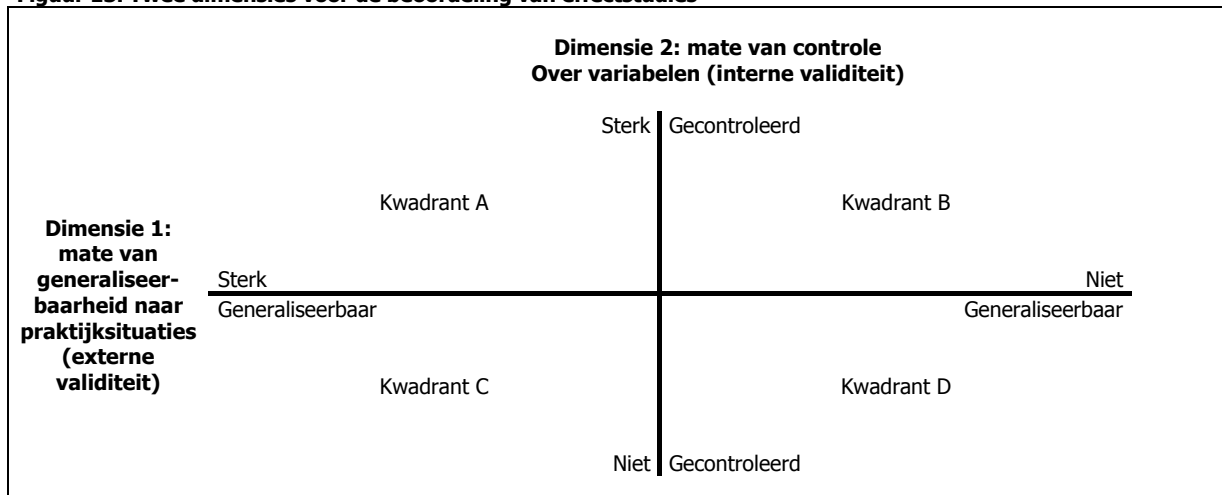
Veel instellingen die de effectiviteit van hun interventievormen willen evalueren, mikken op een studie die hoog in de hiërarchie staat. Dat betekent dat ze bij de intake en bij ontslag – en zo

mogelijk ook in een follow-up – bij de cliënten een aantal instrumenten moeten afnemen: gedragsvragenlijsten, gezinsdiagnostische instrumenten, vragenlijsten voor het in kaart brengen van ingrijpende gebeurtenissen en vragenlijsten voor het beschrijven van de interventie. Ook moeten ze controlegroepen formeren. De ervaring leert dat een dergelijke opzet de draagkracht van de uitvoerend hulpverleners in de praktijk ver kan overstijgen. De afname van de vragenlijsten wordt als een extra last ervaren, zeker als deze geen functioneel onderdeel vormen van de hulpvraaganalyse en de hulpverleningsplanning met de cliënt. Ook blijkt het instrumentarium niet bij alle cliënten van de instelling (zoals allochtonen, eenoudergezinnen, jeugdigen met zwakbegaafde ouders) goed toepasbaar. Daarnaast geeft het vaak problemen dat een groep cliënten de interventievorm wel krijgt moet worden vergeleken met een controlegroep met cliënten die de interventie niet krijgt: de vraag is of het ethisch wel juist is om de laatstgenoemde groep de interventie te onthouden.

Maar is de RCT wel altijd ‘de hoogste’ vorm van onderzoek naar resultaten in de hulpverlening? Verschillende auteurs wijzen er op dat een hiërarchie als die van Geddes een oneigenlijk verschil in waardering suggereert tussen enerzijds het bewijs uit streng-gecontroleerde wetenschappelijk onderzoek en anderzijds de bewijsvoering die volgt uit praktijkmonitoring, klinische ervaring en beschrijvend klinisch onderzoek. Met name zetten de auteurs vraagtekens bij de mate waarin het bewijs uit streng wetenschappelijk gecontroleerde studies ook geldig is voor de dagelijkse praktijk van de hulpverlening (zie o.a. Hutschemaeckers, 2001; Kaasenbrood, 1997; Persons & Silberschatz, 1998; Seligman 1995; Shadish, Matt, Navarro & Phillips, 2000; Veerman, 1998). Streng-gecontroleerde effectstudies worden vaak gekenmerkt door een strak behandelingsprotocol, sterk getrainde hulpverleners, speciaal geselecteerde cliënten en een nauwkeurig in kaart gebrachte en gevolgde situatie van de cliënten. In de praktijk heeft de hulpverlener echter vaak te maken met allerlei soorten problematiek, de cliënten hebben allemaal verschillende problemen, de hulpverlener is vaak minder getraind en de interventies verlopen minder gestructureerd. Praktijkmonitoring, klinische ervaring of een beschrijvend klinisch onderzoek waaruit indicaties komen dat een interventie helpt, levert vaak een zwakke bewijsvoering op (de geconstateerde verandering is immers niet met grote zekerheid aan de interventie alleen toe te schrijven), maar die bewijsvoering is tenminste wel uit ‘de echte praktijk’ afkomstig. Toch is ook weer niet juist om studies uit de praktijk van de hulpverlening alleen om die reden meer waarde toe te kennen. Immers, *de* praktijk in de jeugdzorg bestaat niet. We hebben te maken met een veelvormige praktijk, waarin de ene praktijksituatie meer overeenkomt met wat gangbaar is dan de andere.

In dit licht is het nuttig twee perspectieven te hanteren van waaruit onderzoek naar de resultaten van zorg is te beoordelen (zie ook Abrahamson, 2001; Van Yperen, 2002b). Figuur 13 geeft dit schematisch weer. Het eerste perspectief (dimensie 1 in figuur 13) betreft de mate waarin de studie representatief is voor de gewone hulpverleningspraktijk. In wetenschappelijk onderzoek wordt dit ook wel de externe validiteit van een studie genoemd. Het tweede perspectief (dimensie 2 in figuur 13) heeft betrekking op de mate waarin een studie gebruikmaakt van gecontroleerde condities. Dit moet men de interne validiteit. In kwadrant C vallen vaak de praktijkmonitors, de klinische ervaring en het beschrijvend onderzoek: deze studies zijn weinig gecontroleerd, maar wel vaak representatief. Die representativiteit geldt echter niet per definitie. Er zijn ook praktijksituaties denkbaar die weinig generaliseerbaar zijn, omdat ze teveel van de gangbare praktijk verschillen (kwadrant D). RCT's kan men in kwadrant B aantreffen, maar ook dat geldt niet per definitie. Er zijn voorbeelden van studies die in de dagelijkse praktijk zijn uitgevoerd, maar toch volgens principes van de RCT zijn opgezet (zie bijvoorbeeld Van de Wiel, 2002). Dergelijk onderzoek valt dan in kwadrant A.

**Figuur 13. Twee dimensies voor de beoordeling van effectstudies\***



\* Bron: Van Yperen, 2002b

Interessant is in dit licht melding te maken van het systeem van Shadish e.a. (2000), waarmee effectstudies op klinische representativiteit te classificeren zijn. Dat systeem gaat uit van een aantal aspecten waarop de interventie en de doelgroep nauwkeurig omschreven moeten zijn, wil men de representativiteit van de studie voor de praktijk kunnen bepalen. Figuur 14 zet deze aspecten op een rij. Daarachter staan kenmerken van een interventie of van een doelgroep genoemd die als representatief, respectievelijk niet-representatief voor de praktijk gelden. Als een effectstudie betrekking heeft op een interventie of een doelgroep die op veel aspecten niet-representatief voor de praktijk is, zijn de uitkomsten niet zonder meer voor de praktijk geldig.

**Figuur 14. Aspecten van beoordeling mate van representativiteit effectstudie voor de praktijk\***

Aspect	Voorbeeld representatief	Voorbeeld niet-representatief
Problemen van de cliënten	De cliënten hebben een gediagnosticeerd probleem (bijv. kinderen met gedragsproblemen krijgen een training in interpersoonlijke relaties).	De problematiek van de cliënten is niet gediagnosticeerd (bijv. basisschool kinderen krijgen een training in interpersoonlijke relaties)
Heterogeniteit van de problematiek	De cliënten verschillen van elkaar qua problematiek en hebben meerdere problemen.	De problematiek van de cliënten is homogeen en enkelvoudig.
Behandelsetting	De setting biedt gewoonlijk de vorm van jeugdzorg wordt geboden die wordt onderzocht.	De setting is een wetenschappelijke onderzoekssetting die de behandeling normaal gesproken niet biedt.
Toelating	De gebruikelijke intake-route is gevolgd.	Subjecten zijn door onderzoekers geselecteerd.
Behandelaars	De behandelaars zijn praktiserende therapeuten.	De behandelaars zijn niet-clinici (bijv. Onderzoekers, studenten)
Therapie-training	De behandelaars hebben vooraf geen intensieve training in de onderzochte therapie gekregen.	De behandelaars hebben vooraf wel intensieve training in de onderzochte therapie gekregen.
Structuur van de interventie	Niet in detail gestructureerd	Gedetailleerd gestructureerd
Monitoring implementatie	Monitoring beïnvloedt de handelwijzen van de behandelaar niet.	Toepassing van de interventie sterk gestuurd door monitoring en directe feedback.
Therapie-samenstelling	De behandelaars gebruiken een mix van interventies.	De behandelaars gebruiken alleen de onderzochte techniek.
Therapie-duur	De duur van de therapie varieert onder de cliënten.	De duur van de therapie ligt voor alle subjecten vast

\* Gebaseerd op Shadish e.a. (2000)

De combinatie van de benadering als die van Geddes (uitgaand van de dimensie: beschrijvend onderzoek versus RCT) en de systematiek van Shadish e.a. (uitgaand van de dimensie: wel representatief – niet representatief voor de praktijk) maakt duidelijk dat het belangrijk is om bij de resultaatbepaling van interventievormen niet alleen een streng gecontroleerde studie met een hoge interne validiteit na te streven. Het is absoluut noodzakelijk om een goede spreiding over verschillende soorten onderzoek te hebben. Uitvoering van simpele praktijkmonitoring is in dat kader net zo belangrijk als RCT's. Voor de goede orde: dit wil niet zeggen dat de RCT van

mindere waarde is dan voorheen. Dit blijft een krachtige aanpak om de veranderingen bij cliënten aan een interventievorm toe te kunnen schrijven. Maar daarnaast zijn minder geavanceerde opzetten net zo belangrijk.

### 5.3 Vormen van praktijkmonitoring

De afgelopen jaren is naar manieren gezocht op de resultaten in de zorg meer systematisch te monitoren. De bekendste vorm is de invoering van instrumenten die de problematiek bij de intake en bij ontslag op een gemakkelijke manier in kaart brengen. Een goed voorbeeld daarvan vinden we in het onderzoek naar de resultaten van de intensieve thuisbehandeling Families First. Daarin is een compacte set gemaakt van instrumenten, bestaand uit

- a. de Child Behaviour Check List (CBCL; Verhulst, Van der Ende & Koot, 1996),
- b. de Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOS; Wells & Robbroeckx, 1989),  
en
- c. de Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG; Veerman e.a., 1997).

Met deze batterij waren de onderzoekers in staat om op een simpele manier de resultaten van de behandeling vast te stellen (zie De Kemp, Veerman en Ten Brink, 2001). Later is de NVOS vervangen door de verkorte Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI-K; De Brock e.a., 1992) waardoor er een nog compactere set is ontstaan (zie Monshouwer, Ten Brink & Veerman, 2000). Een soortgelijke opzet is gehanteerd in de evaluatie van de Boddaert-hulpverlening in Nederland (Zie Kloosterman & Veerman, 1997). Veel onderzoek dat met de hierboven beschreven set van instrumenten wordt uitgevoerd, is veranderingsonderzoek (zie paragraaf 5.1). Het belangrijkste dat men met een dergelijke opzet in beeld brengt, is dat er na het inzetten van een interventie al dan niet beduidende veranderingen zijn opgetreden. Door het ontbreken van een controlegroep is het echter moeilijk om de resultaten aan de interventie toe te schrijven.

In de praktijk kan men aan de bezwaren van veranderingsonderzoek tegemoet komen via een multi-center-opzet. Een aantal instellingen maakt in die opzet afspraken over de af te nemen instrumenten bij intake en ontslag, en over te registreren kenmerken van de cliënten en de interventie. Een deel van de instellingen past daarbij een nieuwe interventie toe, terwijl de andere nog even volgens de traditionele methodieken blijven werken. Na verloop van tijd wordt de groep cliënten die de nieuwe interventie heeft gekregen, vergeleken met de cliënten uit de andere instellingen. De twee groepen worden zodanig samengesteld, dat ze qua samenstelling (sekse, leeftijd, ernst en aard van de problematiek etc.) zoveel mogelijk op elkaar lijken. Mogelijk zoekt men er nog een derde groep cliënten bij die nog helemaal geen interventie heeft gekregen, maar door de deelnemende instellingen op de wachtlijst is geplaatst. De resultaten van de nieuwe interventie kunnen nu vergeleken worden met die van de traditionele interventie en een conditie zonder behandeling.

Een veelgehoorde klacht bij veel uitgevoerd veranderingsonderzoek en (quasi-) experimentele studies is dat hulpverleners bij intake en ontslag instrumenten moeten afnemen, die verder geen nut lijken te hebben in de hulpverleningsplanning. De hulpverleners nemen de instrumenten af omdat de onderzoekers dat willen, niet omdat ze er zelf wat aan hebben. Dit probleem is te ondervangen door de instrumenten duidelijk in het teken te zetten van de problematiek die bij de cliënten aan de orde is en de doelen van hulp die in dat kader aangewezen zijn. Figuur 15 geeft een voorbeeld van een multi-center-opzet waarin het gebruik van een onderdeel van de CBCL gebruikt is om de realisatie van een veel voorkomend hulpverleningsdoel bij een probleemgroep te operationaliseren.

**Figuur 15. Voorbeeld van een vergelijkende (quasi-experimentele) praktijkstudie *Behandeling Agressief Gedrag***

Groep	Bij intake: hoge probleemscore op CBCL-schaal <i>Agressief gedrag</i>	Doelen en interventies volgens hulpverleningsplan	Score op CBCL schaal <i>Agressief gedrag</i> bij evaluatie na 6 maanden
Behandelsetting 'De Hondsrug' (Experimentele groep; N=45)	Gemiddelde score = 30	Einddoel: Agressief gedrag naar normaal niveau (CBCL-schaal <18 punten). Hulpvorm: module cognitieve gedrags-therapie in combinatie met module intensieve training opvoeders	Gemiddeld 15 (-15 punten) Doel is bij 76% van de jeugdigen gehaald.
Behandelsetting 'De Veluwe' (Controlegroep I; N=47)	Gemiddelde score = 31	Einddoel: Agressief gedrag naar normaal niveau (CBCL-schaal <18 punten). Hulpvorm: Uiteenlopende, eclecticische interventies bij de groep agressieve jeugdigen	Gemiddeld 22 (-9 punten) Doel is bij 55% van de jeugdigen gehaald.
Gecombineerde wachtlijstgroep (Controlegroep II; N=16)	Gemiddelde score = 29	Geen interventie; uitsluitend wachtlijstcontacten.	Gemiddeld 24 (-5 punten)

Het voorbeeld betreft een vergelijkende studie van de aanpak van agressief gedrag bij jeugdigen in twee instellingen. Het doel van de studie is om na te gaan of de vernieuwde werkwijze van 'De Hondsrug' voor de aanpak van agressieve jongeren betere resultaten oplevert dan de traditionele werkwijze, zoals die nog in 'De Veluwe' wordt toegepast. Beide instellingen hebben een beperkt aantal jeugdigen langer dan zes maanden op de wachtlijst gehad. Deze groep gebruiken ze als een extra vergelijkingsgroep. In de beide interventiegroepen is de score op de CBCL-schaal voor agressief gedrag als operationalisering gebruikt voor het doel 'Agressief gedrag terugbrengen naar normaal niveau'. Te zien is dat de vernieuwde werkwijze het beter lijkt te doen dan de traditionele werkwijze, zowel wat betreft de gemiddelde score op de CBCL-schaal voor agressief gedrag als wat betreft de mate van doelrealisatie. Door mogelijke verschillen tussen de verschillende behandelsettings is dit resultaat niet zuiver aan de vernieuwde interventie toe te schrijven, maar de resultaten zijn niettemin serieus te nemen.

Recentelijk trekken twee andere ontwikkelingen veel aandacht. De eerste is dat de set van instrumenten om de problematiek bij intake en bij ontslag in kaart te brengen wordt vervangen door één simpel vragenlijstje. Met behulp hiervan wordt bij aanvang van de hulp en bij de beëindiging een heel globaal beeld opgemaakt van de aard en de ernst van de problematiek. Veranderingen in dat beeld moeten een indicatie opleveren van de resultaten van de zorg. Voorbeelden van dit soort instrumenten zijn:

- De *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) van Goodman (1999). Dit is een vragenlijst met 25 items die door de ouder, de leerkracht of de jeugdige is in te vullen. De focus is daarbij gericht op het globaal functioneren van de jeugdige en de invloed daarvan op de omgeving. Onderzoek heeft laten zien dat het instrument bruikbaar is voor het bepalen van de uitkomsten van interventies (Garralda, Yates & Higginson, 2000; Scott, 2001).
- De *Child and Adolescent Functional Assessment Scale* (CAFAS; Hodges & Gust, 1995; Hodges & Wong, 1997). Dit instrument bestaat uit een verzamellijst waarop op uiteenlopende gebieden van functioneren aan te geven is of een jeugdige niet, een beetje, matige of ernstige problemen geeft. Daarnaast zijn er twee subschalen waarop het functioneren van de opvoeder is weer te geven. Voor elk gebied zijn de gradaties van de ernst van de problematiek uitgebreid gespecificeerd. Per gebied is ook aan te geven welke sterke punten de jeugdige en zijn opvoeders kenmerken en welke doelen er voor de behandeling kunnen gelden.



Ook komen we in de literatuur lijsten tegen waarin de cliënt simpelweg gevraagd wordt naar het effect van de interventie. Een goed voorbeeld daarvan vinden we in het eerder genoemde evaluatie-onderzoek van Families First (De Kemp e.a., 2001), waarin een lijstje is gehanteerd met zes items die de cliënt vragen of door de interventie het functioneren van het kind en het gezin is veranderd en of het inzetten van de interventie een juiste beslissing is geweest.

De tweede recente ontwikkeling die veel aandacht trekt is dat er eenvoudigweg nagegaan wordt

- welke cliënten voortijdig de hulpverlening verlaten (onder het motto: ontevreden cliënten klagen vaak niet, maar breken de hulp af);
- wat de tevredenheid is van de cliënten bij het afsluiten van de hulp (elke cliënt geeft bijvoorbeeld aan de hulpverlening een rapportcijfer);
- in welke mate de doelen in het hulpverleningsplan zijn gerealiseerd;
- bij hoeveel cliënten de feitelijke hulp langer heeft geduurd dan de geplande periode.

Met dit soort gegevens wil men een globale indicatie krijgen van de kwaliteit van de zorg. Blijft die kwaliteit achter, dan kan dat aanleiding geven tot een strenger en diepgaander onderzoek.

Het gebruik van dit soort middelen laat zien dat onderzoek naar de resultaten van de zorg niet per definitie ingewikkeld en veeleisend hoeft te zijn. Daarbij moet wel bedacht worden dat inzet van eenvoudige middelen vaak niet meer dan een globale en indirecte indicatie van de resultaten van de hulpverlening biedt. Voor een scherper zicht op de effecten is specifiek onderzoek nodig.

#### **5.4 Het belang van hulpvormen die nog niet effectief zijn gebleken**

Het is verleidelijk om te stellen dat de jeugdzorg alleen nog maar gebruik moet maken van interventies waarvan de effectiviteit is aangetoond. Het probleem bij een dergelijke benadering is echter dat er dan weinig interventies overblijven. Bovendien wordt het onder een dergelijke restrictie moeilijk om nieuwe behandelvormen te ontwikkelen. De vraag is dan ook hoe hulpvormen die nog niet effectief zijn gebleken op hun waarde kunnen worden geschat. Kazdin (1997) presenteert in dat verband een aantal criteria om, afgezien van de vraag of een interventie daadwerkelijk effectief is gebleken, deze als veelbelovend te kwalificeren:

1. Er is sprake van conceptualisering: de interventie gaat uit van theoretische statements over hoe de disfunctie ontstaat, welke veranderbare en niet-veranderbare mechanismen en factoren het in stand houden, versterken of verminderen en hoe de interventie aan het herstel kan bijdragen (zie ook hoofdstuk 4).
2. Er is sprake van onderbouwend onderzoek: er is empirische ondersteuning van de theoretische statements over mechanismen en factoren bij het ontstaan en de instandhouding van de disfunctie.
3. Voorlopig bewijs voor effect: op basis van wat voor studies dan ook (pilot studies, beschrijvende casestudies, onderzoeken zonder controlegroep, wetenschappelijk gecontroleerde studies) zijn er aanwijzingen dat de interventie verandering teweeg brengt op relevante aspecten van het functioneren.
4. Verbinding van proces en effect: studies maken duidelijk dat er een relatie is tussen het veronderstelde therapeutische veranderingsproces en de werkelijke resultaten.

Naarmate volgens Kazdin er meer voldaan kan worden aan de eerste drie criteria, kan een interventie als veelbelovend worden beschouwd. Rounsaville, Carroll & Onken (2001) presenteren in dezelfde gedachtegang het zogeheten 'Stage model'. Fase I van dat model bestaat uit het opbouwen van de rationale van de interventies en het uitvoeren van pilots, fase II uit de uitvoering van gerandomiseerd klinisch effectonderzoek en fase III uit studies waarin de aandacht uitgaat naar de generaliseerbaarheid van de uitkomsten voor de klinische praktijk. Ince

e.a. (2001) passen een soortgelijke benadering toe in de beschrijving van preventieve projecten en programma's voor gezin, school, jeugd en wijk. Zij gaan feitelijk uit van een driedeling. *Effectieve* programma's zijn bij hen programma's die gekenmerkt worden door zowel een duidelijke doelgroepomschrijving, een heldere doelstelling en een duidelijk omschreven en overdraagbare methodiek, als door een wetenschappelijke onderbouwing (gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek en/of getoetste theorieën), positieve resultaten uit nederlands effectonderzoek en een systeem voor kwaliteitsbewaking bij de uitvoering. *Veelbelovend* zijn programma's die ook gekenmerkt worden door een duidelijke doelgroepomschrijving, doelstelling en methodiek, en van een wetenschappelijke onderbouwing of positieve resultaten uit nederlands effectonderzoek. Van *inspirerende* programma's wordt gesproken wanneer er nog niet aan de criteria wordt voldaan, maar het gaat om de aanpak van risicogroepen of risicofactoren waarvoor vooralsnog geen ander aanbod beschikbaar is. Berger & Menger (2002) werken een soortgelijke systematiek uit voor jeugdzorginterventies bij jeugdigen met gedragsproblematiek.

Het interessante van deze benaderingen is dat interventies in een ontwikkelingsperspectief worden gezet. Het legitimeert initiatieven voor de ontwikkeling van behandelvormen voor doelgroepen, zonder deze initiatieven direct te confronteren met de eis dat de effectiviteit moet zijn aangetoond. De fasegewijze aanpak biedt ruimte voor opbouw, maar gaat vrijblijvendheid tegen. Een programma kan weliswaar veelbelovend zijn, maar zonder onderzoek naar de effectiviteit zal het dat stadium niet kunnen overstijgen.

## 5.5 Wat de stand van onderzoek laat zien

In deze paragraaf komt kort aan de orde wat de (wetenschappelijke) literatuur ons over de effectiviteit van zorg laat zien. Het accent ligt daarbij op twee vragen. De eerste is wat, in heel globale termen, gezegd kan worden over de uitkomsten van het evaluatie-onderzoek op het gebied van de jeugdzorg. Het is daarbij niet de bedoeling een uitgebreid overzicht te presenteren. Het gaat erom enkele zaken aan te stippen, uitgaande van belangrijke overzichtstudies die de laatste jaren zijn gepubliceerd. Vervolgens komt de vraag aan de orde wat de betekenis is van dit onderzoek voor de concrete praktijk.

### *Helpt hulpverlening?*

Over de effecten van psychosociale hulpverlening waren ruim dertig jaren geleden de geluiden van onderzoekers somber. Verschillende publicisten stelden dat behandelen weinig extra's opleverde in vergelijking met gevallen van 'spontane verbetering'. Dat beeld is in de afgelopen jaren – op basis van een explosief toenemend aantal publicaties - duidelijk bijgesteld.

Overzichten van gepleegde studies bieden hierover interessante informatie. We noemen op grond van dit soort overzichten een aantal hoofduitkomsten. Zie voor meer gedetailleerde informatie de studies van Boendermaker e.a. (2003) en Konijn (2003).

- *Interventies hebben nut.* Grootste winst van het gepleegde effectonderzoek is dat we weten dat behandelen over het algemeen meer effect lijkt te hebben dan niet-behandelen. Verschillende studies op het terrein van psychotherapie in het algemeen, gedragstherapie, gezinsgerichte behandelingen, behandeling van jonge kinderen en adolescenten en behandeling in verschillende voorzieningen, laten zien dat de toestand van de cliënten vaak in gunstige zin is veranderd. Een aantal studies wijst er bovendien op dat deze verandering niet zonder meer toe te schrijven is aan spontaan herstel; behandeling lijkt in het algemeen aan het herstel bij te dragen.
- *Veel gegevens over effectiviteit betreffen de korte termijn.* Er is nog weinig bekend over de effecten op langere termijn. Op grond van de uitkomsten is dus moeilijk te zeggen of de

resultaten die met behandeling worden geboekt blijvend zijn. Ook weet men niet in welke mate er zogeheten 'sleeper-effects' optreden, effecten die pas na langere tijd zichtbaar worden. De ondervertegenwoordiging van follow-up-onderzoek op langere termijn kan tot gevolg hebben dat het beeld over de werking van interventies zowel in positieve als in negatieve zin is vertekend.

- *Veel bekend over een select aantal probleemgroepen en interventievormen.* Ten aanzien van een aantal probleemgroepen is inmiddels al zoveel onderzoek gedaan, dat redelijk gedetailleerd bekend is wat bij deze groepen wel en niet werkt. Daar staat tegenover dat over de effectiviteit van de hulpverlening bij een aantal probleemgroepen nog erg weinig bekend is. Het zelfde geldt voor interventievormen: over een aantal daarvan weten we veel, over andere heel weinig. Figuur 16 geeft weer een beknopt overzicht, uitgesplitst naar de bevindingen uit de internationale literatuur en het Nederlandse onderzoek.

**Figuur 16. Overzicht van effectiviteitsstudies: onderzochte probleemgroepen en interventievormen**

	Probleemgroepen	
	Veel bekend over	Weinig bekend over
<b>Internationale literatuur (volgens Konijn, 2003)*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ernstige gedragsstoornissen (zoals ADHD, conduct disorder en anti-sociaal gedrag);</li> <li>- angst- en stemmingsstoornissen (merendeels depressie);</li> <li>- anorexia nervosa;</li> <li>- kindermishandeling en seksueel misbruik;</li> <li>- niet gespecificeerde, meervoudige problematiek.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- emotionele en gedragsproblemen,</li> <li>- oppositionele gedragsstoornis;</li> <li>- posttraumatische stressstoornis;</li> <li>- hechtingsstoornis;</li> <li>- bipolaire stoornis (manisch-depressief);</li> <li>- schizofrenie;</li> <li>- identiteits- of acculturatieproblemen;</li> <li>- gezinsproblemen.</li> </ul>
<b>Nederlands onderzoek (volgens Boendermaker e.a., 2003)*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ernstige gedragsstoornissen (zoals ADHD, conduct disorder en anti-sociaal gedrag);</li> <li>- niet gespecificeerde combinaties van gedrags- en emotionele problemen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- psychiatrische stoornissen (anders dan ernstige gedragsstoornissen);</li> <li>- milde gedragsproblemen;</li> <li>- verslavingsproblemen;</li> <li>- eetproblemen;</li> <li>- kindermishandeling en seksueel misbruik;</li> <li>- gezinnen met meervoudige problematiek;</li> <li>- psychosociale problemen (waaronder adoptie-, identiteits-, acculturatie- en echtscheidingsproblematiek, pesten).</li> </ul>
	Interventievormen	
	Veel bekend over	Weinig bekend over
<b>Internationale literatuur (volgens Konijn, 2003)*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- individuele gedrags- en psychotherapie;</li> <li>- medicatie;</li> <li>- gezinstherapie;</li> <li>- biologische en lichaamsgerichte therapieën (ontspanningsoefeningen, bewegingstherapie).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- multisysteemtherapie;</li> <li>- interventies gericht op het maatschappelijk functioneren van jongeren;</li> <li>- gezinsbegeleiding;</li> <li>- casemanagement;</li> <li>- pleegzorg.</li> </ul>
<b>Nederlands onderzoek (volgens Boendermaker e.a., 2003)*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (cognitieve) gedragstherapie;</li> <li>- intensieve thuishulp;</li> <li>- residentiële hulp.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nonverbale therapie;</li> <li>- andere individuele psychotherapieën, behalve gedragstherapie;</li> <li>- medicatie;</li> <li>- oudercursussen;</li> <li>- mediatietherapie;</li> <li>- pleegzorg;</li> <li>- daghulp.</li> </ul>

\*De studies van Konijn en Boendermaker e.a. hadden betrekking op de periode 1990-2002. Preventieve interventies en studies naar delinquentie zijn in deze bronnen niet meegenomen.

- *Veel effectonderzoek is buitenlands onderzoek.* Internationaal gezien zijn er al vrij veel studies naar de effectiviteit van jeugdzorg, maar voor het Nederlands taalgebied is de opbrengst nog betrekkelijk gering. Een probleem daarbij is dat in het buitenlandse effectonderzoek vaak te weinig aandacht is geweest voor een nauwkeurige omschrijving van de aard van de behandeling, hoe die verliep en hoe het verloop van de resultaten was gedurende het behandelingsproces. Ook weten we maar weinig over hoe de interventies in het Nederlandse veld er precies uit zien. Daarom is het moeilijk te bepalen of de buitenlandse studies ook geldig zijn voor het eigen veld van de jeugdzorg.

- *Veel Nederlands onderzoek is veranderingsonderzoek.* Belangrijk is voorts de constatering van Van Gageldonk & Bartels (1990) en Boendermaker e.a. (2003) dat veel uitgevoerd Nederlands onderzoek vooral veranderingsonderzoek blijkt te zijn. Dit betekent dat we vaak wel weten dat er na een behandeling van een jeugdige iets is veranderd, maar dat niet altijd duidelijk is of dit door de specifieke behandeling komt die is toegepast.

Al met al is de stand als volgt te kenschetsen: over het algemeen weten we dat hulpverlening helpt. Op een meer gedetailleerd niveau is er een behoorlijke hoeveelheid kennis beschikbaar over de effectiviteit van een redelijk aantal interventies. Ook weten we voor een aantal belangrijke probleemgroepen wat wel en niet werkt. Maar tegelijkertijd bestaan er nog veel lacunes in deze kennis.

### *Helpt onderzoek?*

Eén van de belangrijke winsten van het onderzoek is dat de hulpverlening zich kan legitimeren. De resultaten uit het onderzoek laten immers zien dat hulpverlening ertoe doet. Maar afgezien daarvan vormt onderzoek een belangrijke bron voor de verdere ontwikkeling van de kwaliteit van de hulpverlening. Drie zaken springen daarbij in het oog.

In de eerste plaats levert het onderzoek een stimulans om de praktijk te verbeteren. Studies laten immers zien dat hulpverlening er weliswaar toe doet, maar zeker niet voor 100%. Als bijvoorbeeld blijkt dat een interventie bij 60% van de cliënten een voldoende verbetering van het functioneren oplevert, dan houdt dat in dat 40% die verbetering ontbeert. De vraag is dan: is het succespercentage niet te verhogen? Dat legt een gezonde druk op ontwikkelaars om hun interventiemethoden op specifieke punten verder te verbeteren.

Ten tweede vergroot onderzoek de vraag naar de overdraagbaarheid van de interventies. Als bepaalde interventies op grond van onderzoek succesvol blijken te zijn, trekt dat de aandacht van anderen. Zij willen weten waaruit de interventie bestaat, voor wie die bestemd is, en wat ervoor nodig is om die uit te voeren. Ook dit levert nog een gezonde druk op: ontwikkelaars en onderzoekers moeten zoveel mogelijk expliciteren wat een interventie inhoudt, zodat deze bij gebleken succes overdraagbaar is.

Ten slotte: onderzoek helpt richtlijnen voor de praktijk te formuleren. Lange tijd ontbrak het aan een goede vertaalslag van de resultaten uit effectonderzoek naar de concrete praktijk. Om dat probleem aan te pakken, wordt er de laatste jaren veel aandacht besteed aan richtlijnontwikkeling. Hierbij wordt per probleemgroep aangegeven welke interventievormen – blijkens wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaring - het beste werken. Dergelijke richtlijnen bieden aan behandelaars een ondersteuning bij de selectie van effectieve interventies bij een bepaald probleem van de cliënt.

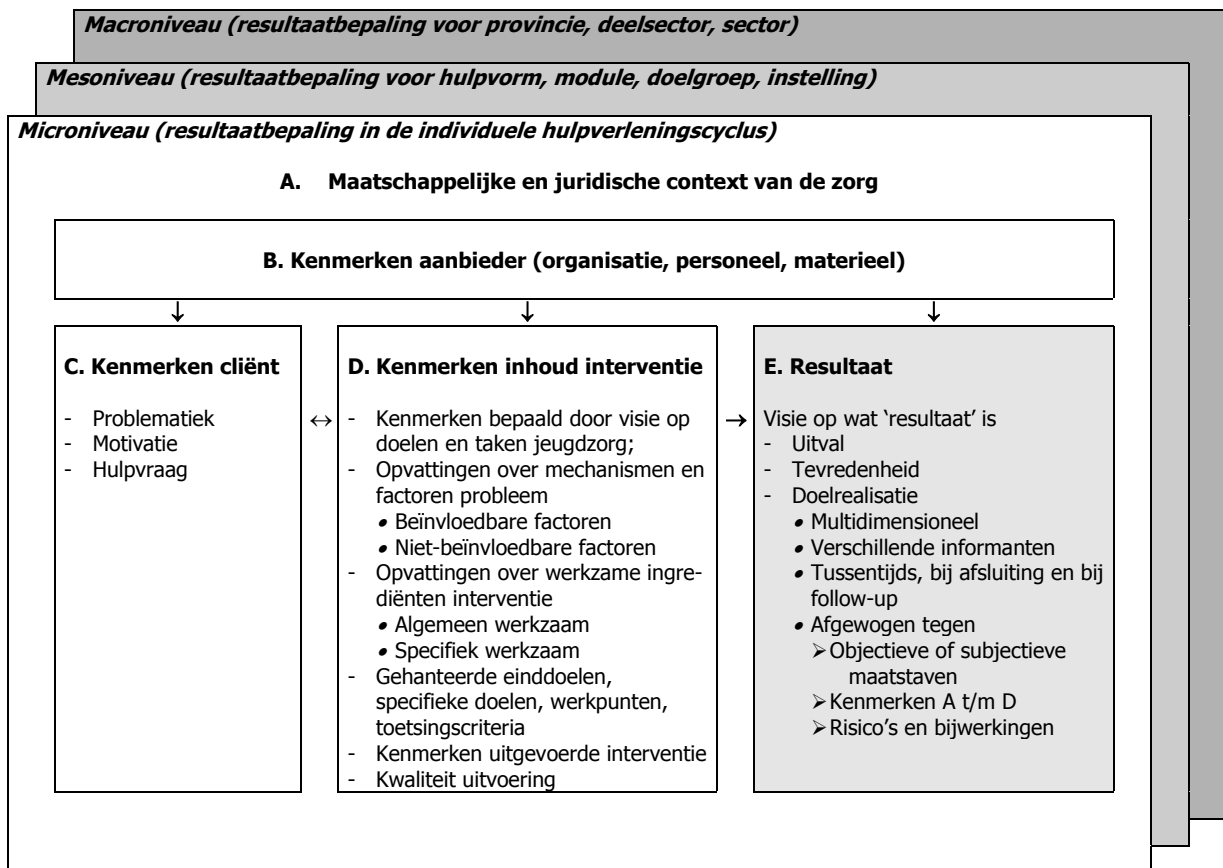
Daarnaast geldt dat interventies die uit onderzoek succesvol blijken te zijn ook meer algemene kennis opleveren over wat wel en niet werkt. Op grond van dit soort algemeen werkzame factoren zijn ook richtlijnen te formuleren over de basisingrediënten van goed hulpverleners. Een probleem hierbij is wel dat de tot nu toe opgebouwde kennis over werkzame factoren afkomstig is van slechts een deel van de probleemgroepen en interventies die in de jeugdzorg aan de orde zijn. Al te rigoureuze conclusies en maatregelen zijn hier dus niet op zijn plaats.

## 6. Samenvatting en praktische consequenties

### 6.1 Samenvatting: een integraal kader voor resultaatbepaling

Doel van dit rapport was op basis van literatuur een algemeen kader te beschrijven voor het onderzoek naar resultaten van jeugdzorg in de praktijk. Aandacht is besteed aan de begrippen die daarbij aan de orde zijn, de maatstaven die bij een resultaatbepaling aangelegd worden en het type onderzoek dat naar het resultaat wordt verricht. Bij de begripsbepaling is aangegeven dat er door een uiteenlopende hantering van termen verwarring kan ontstaan. Wil de jeugdzorg meer systematisch aandacht besteden aan resultaatbepaling, dan zal zij op dit punt eenheid van taal moeten creëren. In dit hoofdstuk is op basis van literatuurstudie een voorstel gedaan voor de invulling van de begrippen om aan deze eenheid bij te dragen. Figuur 17 vat de bevindingen samen.

**Figuur 17. Overzicht van relevante begrippen bij resultaatbepaling in de jeugdzorg**



Het schema in figuur 17 laat zien dat resultaat op micro-, meso- en macroniveau is te bepalen. Bij het microniveau staan de uitkomsten van de hulpverlening bij de individuele cliënt centraal, bij het mesoniveau de resultaten van een hulpvorm, module, doelgroep of instelling, bij het macroniveau de provincie, deelsector of sector. De blokken die in het schema voor het microniveau zijn uitgetekend, herhalen zich op de andere niveaus.

Kijken we naar het blok *Resultaat*, dan geldt als eerste dat 'resultaat' een leeg begrip is. Waar naar gekeken wordt, is bepaald door de visie van de verschillende betrokkenen (de cliënt, de hulpverlener, de instelling, de samenleving etc.) op wat de functie van de jeugdzorg is en

welke toetsstenen van belang zijn om van ‘resultaat’ te kunnen spreken. In de praktijk gelden vaak drie aandachtspunten bij het in kaart brengen van het resultaat van de hulpverlening: de mate van voortijdige uitval van cliënten, de tevredenheid van cliënten en de mate waarin doelen zijn gerealiseerd. In dit rapport is *doelrealisatie* als een van de belangrijkste toetsstenen van resultaat centraal gesteld. Of een interventie uiteindelijk aan zijn doelen beantwoordt, wordt idealiter bekeken vanuit verschillende dimensies (klinisch, humanitair, maatschappelijk, uit oogpunt van veiligheid) en vanuit het perspectief van uiteenlopende informanten (jeugdige, opvoeder, hulpverlener, relatieve buitenstaander). Daarnaast is het mogelijk om de resultaten tussentijds te beoordelen, bij afsluiting van de hulp of daarna door een follow-up.

Of een gerealiseerd doel ook echt wat voorstelt, wordt bepaald door objectieve of meer subjectieve maatstaven. Van belang is hoe dan ook dat de realisatie van een doel wordt afgewogen tegen vier aspecten van de hulpverlening:

- A. Welke mogelijkheden had de hulpverlening in de gegeven maatschappelijke en juridische context?
- B. Hoe goed zijn de resultaten van de hulpverlening te noemen, afgewogen tegen de organisatorische, personele en materiële mogelijkheden van de hulpverlener?
- C. Hoe goed zijn de resultaten van de hulpverlening te noemen, als daarbij de aard en de zwaarte van de problematiek, de mate van motivatie van de cliënt en de eenvoud of juist de complexiteit van de zorgvraag in beschouwing wordt genomen?
- D. Hoe goed zijn de resultaten van de hulpverlening, als men dit afzet tegen de concrete doelen die in die hulp zijn gehanteerd, de soort hulp die is toegepast, de inhoudelijke verantwoording van de hulp en de kwaliteit van de uitvoering?

Kijken we meer gedetailleerd naar de *inhoud van de jeugdzorginterventies* (ad D), dan is van belang te beseffen dat deze inhoud wordt bepaald door een visie op wat de doelen en de taken van de jeugdzorg zijn. De interventies zijn als het ware de operationalisering van deze visie. Tevens worden de interventies inhoudelijk gestuurd door opvattingen, ideeën of theorieën die aangeven

- welke mechanismen en factoren een probleem veroorzaken, instandhouden, verergeren of juist verminderen;
- welke mechanismen en factoren via jeugdzorg zijn te beïnvloeden (en welke niet);
- via welke algemeen en specifiek werkzame ingrediënten van de interventie deze beïnvloeding gestalte krijgt.

Het opstellen van een dergelijke theorie is geen typische activiteit van een wetenschapper. Elke hulpverlener heeft bij een indicatiestelling en een hulpverleningsplan als het goed is een verhaal dat de voorgestelde interventie onderbouwt. Van belang is dat het verhaal van de hulpverlener ook het verhaal van de cliënt is. Het is het product van de dialoog die tussen de hulpverlener en de cliënt is gevoerd bij de totstandkoming van de indicatiestelling en het hulpverleningsplan. Alleen dan zal de cliënt zich bij het hulpverleningsproces betrokken voelen. Ook op het mesoniveau (bijvoorbeeld bij de onderbouwing van de modules) en het macroniveau (bij de onderbouwing van de functies van het jeugdzorgstelsel) spelen opvattingen een rol over welke factoren middels jeugdzorg zijn te beïnvloeden en met welke ingrediënten van de jeugdzorg daarvoor nodig zijn.

Specifieke doelen en werkpunten in een interventie zijn vaak gericht op de mechanismen en factoren die een probleem veroorzaken, instandhouden, verergeren of juist verzachten. Maar welke doelen of werkpunten men ook hanteert, deze moeten altijd direct of indirect te verbinden zijn met het uiteindelijke doel waarvoor de hulpverlening is ingezet.

Resultaatbepaling op allerlei specifieke doelen of werkpunten laat zien of de hulp ‘op koers’ ligt. Resultaatbepaling ten aanzien van het einddoel moet feitelijk laten zien of men een effectief antwoord heeft gegeven op de hulpvraag.

Of een doel al dan niet gehaald is, laat zich bepalen aan de hand van toetsingscriteria. Algemene stelregel hierbij is: hoe concreter de criteria zijn, des te scherper is te bepalen of een doel gerealiseerd is of niet. De ervaring leert dat er nog veel gedaan moet worden aan het stellen van deze criteria. Dat geldt voor de doelen op microniveau, maar ook op meso- en macroniveau. Op microniveau liggen de ambities doorgaans hoger dan op meso- en macroniveau. In de individuele relatie tussen cliënt en hulpverlener is het vervelend als een interventie niet lukt. Op meso- en macroniveau gaat men er vaak van uit dat het nu eenmaal niet haalbaar is om 100% succes te boeken. Hier spreekt men dan ook vaak in termen van ‘80% van de cliënten is tevreden’ of ‘Bij 85% van de cliënten zijn de hulpverleningsdoelen gerealiseerd’.

Om meer zicht te krijgen op de resultaten van jeugdzorg is er onderzoek nodig. Daarbij moeten we af van het idee dat onderzoek naar de resultaten van interventies alleen maar vraagt om sterk gecontroleerd wetenschappelijk onderzoek. De literatuur laat in toenemende mate zien dat eenvoudige monitoring op resultaten gewenst *en* mogelijk is. Gepleit is om de resultaatbepaling in de jeugdzorg te spreiden over zowel uiteenlopende vormen van wetenschappelijk onderzoek als praktijkmonitoring.

Tegelijk is ervoor gepleit om het onderzoek naar de effecten van interventies in een ontwikkelingsperspectief te zetten. Er moet voldoende legitimering blijven voor de ontwikkeling van interventies, zonder deze initiatieven direct te confronteren met de eis dat de effectiviteit moet zijn aangetoond. Met name veelbelovende interventievormen, die voorzien zijn van een duidelijke doelgroepomschrijving, doelstelling, theoretische onderbouwing, methodiek en positieve resultaten uit oriënterend onderzoek, moeten de kans krijgen zich verder te ontwikkelen. Die ruimte voor verdere ontwikkeling is echter niet vrijblijvendheid. Zonder meer gedegen onderzoek naar de effectiviteit zal de interventievorm het predikaat ‘veelbelovend’ immers niet kunnen ontstijgen.

Kijken we naar we nu staan met de stand van het onderzoek, dan blijkt het volgende. Over het algemeen weten we dat hulpverlening helpt. Op een meer gedetailleerd niveau is er een behoorlijke hoeveelheid kennis beschikbaar over de effectiviteit van een redelijk aantal interventies. Ook weten we voor een aantal belangrijke probleemgroepen wat wel en niet werkt. Maar tegelijkertijd bestaan er nog veel lacunes in de kennis. Deze zullen hoe dan ook opgevuld moeten worden.

## **6.2 Tien praktische consequenties**

De literatuurstudie leidt tot een aantal aandachtspunten voor de verdere ontwikkeling van de resultaatbepaling in de praktijk.

1. Maak helder wat het resultaat moet zijn van jeugdzorg. Op microniveau betekent dit een goede indicatiestelling en hulpverleningsplanning in dialoog met de cliënt. Op meso- en macro niveau vereist het een visiedebat over wat wel en wat niet tot de taak van de jeugdzorg hoort en welke humanitaire, maatschappelijke of politieke idealen men via de jeugdzorg wil verwezenlijken. Een visie op jeugdzorg mag echter niet blijven hangen in

vage verklaringen. Ze moet te vertalen zijn naar concrete en op realisatie te toetsen doelen op micro-, meso- en/of macroniveau. (Paragraaf 2.2, 2.3 en 3.3).

2. Bij de resultaatbepaling zijn uiteenlopende dimensies en informanten mogelijk. Daarnaast is het mogelijk om de resultaten tussentijds te beoordelen, bij afsluiting van de hulp of daarna door een follow-up. Het is te hoog gegrepen om dit allemaal tegelijk mee te nemen. Spreek af welke dimensies, informanten en meetmomenten in ieder geval van belang zijn en welke – eventueel voorlopig – buiten beeld blijven. (Paragraaf 2.2 en 2.4).
3. De kern van de jeugdzorg bestaat in het realiseren van hulpverleningsdoelen van curatieve, preventieve of ondersteunende aard. De monitoring van de realisatie van andersoortige doelen (bijvoorbeeld informatieve/diagnostische of voorwaardelijke doelen) is alleen van belang voor zover een instelling nadrukkelijk een taak ten aanzien van die doelen heeft gekregen. (Paragraaf 3.2).
4. De doelen van een interventie vallen vaak uiteen in enerzijds het einddoel en anderzijds specifieke doelen en werkpunten die op de weg naar het einddoel liggen. Voor de cliënt moet helder zijn hoe al deze doelen verband houden met het einddoel. Daarnaast is het altijd van belang om na te gaan of de cliënt uiteindelijk ook goed geholpen is met betrekking tot zijn probleem of zijn hulpvraag waar de hulp om begonnen is. Neem dit laatste aspect daarom altijd mee in de formulering van het einddoel van de interventie. Als er nagegaan wordt of het einddoel is gerealiseerd, moet dit meteen duidelijk maken of er een effectief antwoord is geboden op de hulpvraag. (Paragraaf 3.2).
5. Maak een duidelijke verbinding tussen de doelrealisatie op micro-, meso- en macroniveau. Formuleer heldere en toetsbare toetsingscriteria op elk niveau. Het is niet gemakkelijk om die criteria te verzinnen. Standaarddoelen met bijbehorende toetsingscriteria vormen mogelijk een uitstekende bron van inspiratie. (Paragraaf 3.4).
6. Probeer te vermijden dat slechts één persoon (bijvoorbeeld de cliënt) uitmaakt of de realisatie van een doel ook werkelijk wat voorstelt. Bouw zo mogelijk ook intersubjectieve en objectieve vormen van waardebeoordeling in. Gebruik in dat kader ook genormeerde instrumenten, die een min of meer objectieve maatstaf aanreiken. (Paragraaf 3.5).
7. Om de waarde van gerealiseerde doelen verder in te schatten, is een registratie vereist ten aanzien van het juridisch kader van de hulpverlening, de organisatorische, personele en materiële kenmerken van de hulp, de aard en de ernst van de problematiek, de inhoudelijke kenmerken van de hulp en eventuele bijwerkingen. Verval hierbij niet in een hagelshotbenadering, maar streef naar het vastleggen van slechts enkele kernindicatoren. De vragen die deze gegevens oproepen, worden beantwoord met gerichte studies. (Paragraaf 3.5).
8. In elke interventie schuilt een theorie over welke factoren en mechanismen met jeugdzorg wel en niet beïnvloedbaar zijn. Een goede vuistregel bij daarbij is:

*Eindresultaat = Effect interventies op beïnvloedbare factoren – werking niet-beïnvloedbare factoren*

Ofwel: hoe sterker de werking van de niet-beïnvloedbare factoren, hoe groter het effect van de interventie moet zijn op de wél-beïnvloedbare factoren, wil er een goed eindresultaat uit de bus komen. Zet de beïnvloedbare en niet-beïnvloedbare mechanismen



en factoren daarom altijd duidelijk op een rij. Maximaliseer het aantal beïnvloedbare factoren door samenwerking aan te gaan met personen of organisaties die risicofactoren kunnen aanpakken die buiten het bereik van de jeugdzorg liggen. (Paragraaf 4.2).

9. In elke interventie schuilt een theorie over wat wel en niet werkt. Elke interventie moet zoveel mogelijk algemeen werkzame ingrediënten bevatten. Dit vormt de basis van kwalitatief goede hulpverlening. Daarbovenop moet helder gemaakt zijn aan welke ingrediënten een specifieke werkzaamheid wordt toegeschreven bij deze doelgroep en/of bij dit probleem. (Paragraaf 4.3).
10. Onderzoek is van levensbelang voor de sector. Internationaal gezien zijn er vrij veel studies naar de effectiviteit van jeugdzorg, maar Nederlands onderzoek gebeurt te weinig. Dat is een belangrijke lacune, omdat we niet weten of de in het buitenland onderzochte interventievormen hier veel worden toegepast. Ook zijn er nog probleemgroepen en interventievormen die – zowel in het buitenland als in Nederland – nauwelijks zijn onderzocht. Daarom moeten er veel meer studies worden gedaan, zowel streng-wetenschappelijke als praktijkstudies. (Paragraaf 5.3 en 5.4).

## 7. Literatuur

- Abrahamson, D.J. (2001). Treatment efficacy and clinical utility: a guidelines model applied to psychotherapy research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 177-179.
- Adviescommissie Wet op de Jeugdzorg ('Commissie Gunther') (1999). *Van antwoord naar vraag. Een nieuw zicht op jeugdzorg. Eindrapport Adviescommissie Wet op de jeugdzorg*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Bartels, A.J., S. Schuurisma & W. Slot (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.
- Beenackers (1995). RIAGG-dossiers nader bekeken. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 6-95, p. 609-619.
- Bennema-Sybrandy, J. (1996). Het contractmodel in de hulpverlening aan ouders en kinderen. In: P. van Geert en S. Jackson (Red.), *Afspreken in de hulpverlening. Het contractmodel bij ontwikkelings-, leer- en opvoedingsproblemen* (p. 9-52). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Berger, M. & R. Menger (2002). *Op weg naar veelbelovende en effectieve programma's voor risicjongeren*. Utrecht: NIZW.
- Boendermaker, L., K. Eijgenraam & M. van der Steege (2002). *Trajecten voor meisjes in de justitiële inrichtingen. Verslag van een pilotproject*. Utrecht: NIZW.
- Boendermaker, L., M.C. van der Veldt & Y. Booy (2003). *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Bogaart, P.M. van den & K. Mesman Schultz (1990). *Individuele Doelen Evaluatie Methode (IDEM)*. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening (COJ).
- Bonke, P.M.M. & R.A. van der Schaft (1994). *Naar programma's in de jeugdhulpverlening. Discussienota provinciaal en grootstedelijk kwaliteitsbeleid*. Den Haag: Interprovinciaal Overleg / IPO.
- Bothof, A. (2000). *Naar een landelijke standaard 'doelen in de jeugdzorg'*. Utrecht: NIZW.
- Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y.A. & Catlin, G. (1991). Ontario Child Health Study Follow-up: evaluation of sample loss. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, p 449-456.
- Bransen, M., M. van Ooyen-Houben & M. Place (2000). *Basiscriteria kwaliteit voor de jeugdzorg. Een toetsingskader*. Utrecht: Trimbos-instituut / GGZ-Nederland / VOG.
- Brock, A.J.L.L. de, A.A. Vermulst, J.R.M. Gerris & R.R. Abidin (1992). *Nijmeegse Ouderlijke Stress Index (NOSI). Handleiding experimentele versie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Casey, R.J. & J.S. Berman (1985). The outcome of psychotherapy with children. *Psychological Bulletin*, 98, 388-400.
- Cohen, A. & Eastman, N. (2000). Needs assessment for mentally disordered offenders: measurement of 'ability to benefit' and outcome. *British Journal of Psychiatry*, 177, 493-498.
- Coole, R.L. de & Jansma, J.B.M. (1986). *Dagbehandeling voor kind en gezin*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Deur, H. van & K. Eijgenraam (2001). *Trainingsmap bij de training hulpverleningsplanning*. Amsterdam: Resumé Advies.
- Eddy, J.M., T.J. Dishon & M. Stoolmiller (1998). The analysis of intervention change in children and families: methodological and conceptual issues embedded in intervention studies. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26, 53-69.
- Eijgenraam, K., H. van Deur, M. van der Steege & T. van Yperen (2001). *Indicaties voor kwaliteit. Onderzoek naar de ontwikkeling van de kwaliteit van de indicatiestelling Bureaus Jeugdzorg agglomeratie Amsterdam*. Utrecht: NIZW.
- Faber, H. & H. Alberts (2002). *Kwaliteit in uitvoering. Aandachtspunten bij kwaliteitsbeleid in de jeugdzorg*. Utrecht: MO-groep.
- Gageldonk, A. van & A. Bartels (1990). *Evaluatieonderzoek in de jeugdhulpverlening*. Leiden: DSWO Press.
- Garralda, M.E., P. Yates & I. Higginson (2000). Child and adolescent mental health service use. *British Journal of Psychiatry*, 177, 52-58.

- Geddes, J. (1999). Asking structured and focused clinical questions: essential first step of evidence based practice. *Evidence-Based Mental Health*, 2, 35-36.
- Geerts, G. & T. den Boon (1999). *Van Dale groot woordenboek der Nederlandse taal*. Utrecht / Antwerpen: Van Dale Lexicografie.
- Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 791-799.
- Hardenberg, T., F. Schroten, J. Stumphius & K. Vester (2001). *Planmatig werken in de sector Justitiële Jeugdinstellingen. Bevindingen, conclusies en aanbevelingen vanuit logistiek perspectief*. Houten: Van de Geijn Partners.
- Harinck F. & J.D. van der Ploeg (1995). Ouders en orthopedagogisch onderzoek: een wisselend perspectief. In: J. van der Ploeg, P. Schoorl en W. Ruysenaers (Red.). *Orthopedagogiek en ouder* (p. 191-208). Leuven: Garant.
- Hodges, K & J. Gust (1995). Measures of impairment for children and adolescents. *Journal of Mental Health Administration*, 22, 403-414.
- Hodges, K & M.M. Wong (1997). Use of the Child and Adolescent Functional Assessment Scale to predict service utilization and cost. *Journal of Mental Health Administration*, 24, 278-292.
- Horjus, B & C. Baerveldt (2002). Wasmachines, Glen Mills of het taakvaardigheidsmodel. Presentatie en illustratie van een methode om interventies in residentiële instellingen voor jeugdigen te vergelijken. *Kind en Adolescent*, 22, 257-267.
- Hosper, K., C. Konijn & W. Vollebergh (2001). *Jonge allochtonen en hulp bij psychische problemen. Verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van de ambulante GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Huiskes (2001). Het ontstaan van de therapeutische gezinsverpleging in Nederland. In: G.H.F. van de Most, H. Bast, G.H.M.M. ten Horn, A. Hoogwater & B. Trooter (Red.), *Hechting en therapeutische pleegzorg* (p. 9-32). Assen: Van Gorcum.
- Hutschemaekers, G. (2001). *Onder professionals. Hulpverleners en cliënten in de geestelijke gezondheidszorg*. Inaugurale rede. Nijmegen: Uitgeverij Sun
- Implementatieprogramma Wet op de jeugdzorg 2001-2003*. Brief van de Staatssecretaris van VWS en de Staatssecretaris van Justitie aan de Tweede Kamer. Den Haag, 9 april 2001, kenmerk DJB/JHV-2168493.
- 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.
- Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming (1998a). *Zicht op resultaat? Een inventarisatie van de wijze waarop instellingen voor jeugdhulpverlening binnen het Regionaal Orgaan Amsterdam zicht krijgen op het resultaat van de hulpverlening*. Haarlem: Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming Regio Noord-West.
- Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming (1998b). *Zicht op resultaat? Een inventarisatie van de wijze waarop instellingen voor jeugdhulpverlening in de stadsregio Rotterdam zicht krijgen op het resultaat van de hulpverlening*. Rijswijk: Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming Regio West.
- Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming (2001). *Landelijk toezichtsrapport project ISR. Naleving wet- en regelgeving primair proces van jeugdhulpverlening bij (semi) residentiële voorzieningen*. Den Haag: Inspectie Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming.
- Jansen, M.G., C.M.L. Schüller, J.H.L. Oud & C. Arends (1995). Evaluatieonderzoek in de residentiële hulpverlening. *Kind en Adolescent*, 16, 211-227.
- Jeugdbeleid in Ba(la)ns, Afspraken van rijk, provincies en gemeenten over een gezamenlijk jeugdbeleid*. Den Haag: december 1999.
- Jeugdbeleid in Ba(la)ns II. Afspraken van rijk, provincies en gemeenten over een gezamenlijk jeugdbeleid*. Den Haag: juni 2001.
- Kaasenbrood, A.J.A. (1997). Evidence based medicine en de dagelijkse psychiatrische praktijk. *Kwaliteit & Zorg*, 5, 52-60.
- Kazdin, A.E. (1997). Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 161-178.

- Kazdin, A.E. (2001). Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology: science and practice*, 8, 143-151.
- Kemp, R.A.T. de, J.W. Veerman & L.T. ten Brink (2001). *Evaluatie-onderzoek Families First Nederland. Een bundeling van deel een tot en met vijf*. Utrecht: NIZW.
- Kloosterman, M. & J.W. Veerman (1997). *Boddaert belicht. Eindrapport Interventie-evaluatie onderzoek Boddaert*. Utrecht: VOG
- Konijn, C. J. Metselaar & J. Stoll (2002). *Kwaliteit van de indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg*. Den Haag / Utrecht: Landelijk Platform Jeugdzorg / NIZW.
- Konijn, C. (Red.; 2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Loeber, R. & D.P. Farrington (1994). Problems and solutions in longitudinal and experimental treatment studies of child psychopathology and delinquency. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 887-900.
- Loeber, R., N.W. Slot & J.A. Sergeant (2001). *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie. Omvang, oorzaken en interventies*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Loosbroek, E. van, J.W. Veerman & T. ten Brink (1999). *Het KWIS-schema van zorgdomeinen en doelgebieden onderbouwd*. Nijmegen: Stichting De Waarden.
- Matthijs, M & Vincken, M. (1997). *De zorg voor de jeugd. Jeugdzorg in vogelvlucht*. Utrecht: NIZW.
- Meyer, G.J., S.E. Finn e.a. (2001). Psychological testing and psychological assessment. *American Psychologist*, 56, 128-165.
- Migchelbrink, R.T.M. & L.J. de Jonge (1995). *Behandelinformatieplan 'BORIS'*. Nijmegen: GITP Management Focus.
- Ministerie van Justitie (2002). *Vasthoudend en effectief. Versterking van de aanpak van jeugdcriminaliteit*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Ministerie van Justitie (2003). *Jeugd terecht. Actieprogramma aanpak jeugdcriminaliteit*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Monshouwer, H.J., L.T. ten Brink & J.W. Veerman (2000). *Families First voor licht verstandelijk gehandicapten. Eindverslag Deel 2: Evaluatieonderzoek*. Utrecht: NIZW.
- Nathan, P.E., S.P. Stuart & S.L. Dolan (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: between Scylla and Charybdis? *Psychological Bulletin*, 126, 964-981.
- Nugter, A. (2000). Praktijkgericht onderzoek in de GGZ. Een literatuurverkenning. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 55, nr. 3, 231-243.
- Offord, D. & H. Chmura Kraemer (2000). Risk factors and prevention. *Evidence Based Mental Health*, 3, 70-71.
- Oosterbaan, H. & G. Kroes (1995). *PIPER 3.1. Een computerprogramma voor probleemgerichte behandelingsregistratie en -evaluatie in de jeugdzorg. Handleiding*. Nijmegen: Stichting voor Paedologische Instituten / Nimrod Systemen.
- Orobio de Castro, B. (2001). Emoties en sociale cognities van kinderen en jongeren met antisociale gedragsproblemen. *Kind en Adolescent*, 22, 281-294.
- Persons, J.B. & G. Silberschatz (1998). Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapists? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 126-135.
- Petrosino, A. (2000). Mediators and moderators in the evaluation of programs for children. Current practice and agenda for improvement. *Evaluation Review*, 24, 47-72.
- Posthumus, H.J. (2000). *Afspreken en verantwoorden. Verslag van de eerste evaluatie van het project 'Prestatie-indicatoren' in de provincie Zuid-Holland*. Rotterdam: PSJ/SOJR.
- Projectgroep Zorgprogrammering (2000). *Modules en programma's in de jeugdzorg. Eindadvies*. Utrecht/Den Haag: NIZW/VWS.
- Rijn, G. van (1998). *Van Bethanië tot Bethania*. Maarsbergen: Uitgeverij ICS-Nederland.
- Rounsaville, B.J., K.M. Carroll & L.S. Onken (2001). A stage model of behavioural therapies: Getting started and moving from Stage I. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 133-142.
- Ruyter, D. de (1997). *Hulpverlening op een hoger plan. Planning en plannen in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Sackett, D.I., W.S. Richardson, W. Rosenberg & R.B. Haynes (1997). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.

- Scott, S. (2001). Deciding whether interventions for antisocial behaviour work: Principles of outcome assessment, and practice in an multicentre study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 1/59-1/70.
- Seligman, M.E.P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: the consumer reports study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shadish, W.R., T.D. Cook, & D.T. Campbell (1979). *Experimental and quasi-experimental designs for general causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- Shadish, W.R., G.E. Matt, A.M. Navarro & G. Phillips (2000). The effects of psychological therapies under clinically representative conditions: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Steege, M. van der (2003, in druk). *Gewoon goed hulpverleners. Over de cliënt centraal, vraaggericht werken en cliëntenparticipatie in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW
- Stichting Vedio (2000). *Leiding geven aan verandering. Een visie op de inhoud van het werk van gezinsvoogden*. Utrecht: Stichting Vedio.
- Stichting Vedio (2001). *Perspectief in jeugdreclassering. Missie en methodische uitgangspunten*. Utrecht: Stichting Vedio, 2000.
- Strien, P.J. van (1984). Naar de verwetenschappelijking van de praktijk. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 23, 162-180.
- Swanborn, P.G. (1999). *Evalueren. Het ontwerpen, begeleiden en evalueren van interventies: een methodische basis voor evaluatie-onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Taskforce Wet op de Jeugdzorg. *Beleidskader Wet op de jeugdzorg*. Den Haag: Ministerie van VWS en Ministerie van Justitie, juni 2000.
- Tones, K. (1999). *De evaluatie van gezondheidsbevordering: een verhaal van drie fouten*. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 77, 24-28.
- Veerman, J.W. (1998). Meten en weten in de jeugdzorg. Een pleidooi voor bruikbaarheidsonderzoek. *Kind en Adolescent*, 19 (3), p. 343-357.
- Veerman, J.W. (1990). *De ontwikkeling van kinderen na een periode van klinische jeugdhulpverlening. Een evaluatief-epidemiologisch onderzoek*. Amersfoort/Leuven: Acco.
- Veerman, J.W., L.T. ten Brink, H. van der Horst & P. Koedoot (1997). *Vragenlijst Meegemaakte Gebeurtenissen (VMG). Tweede herziening*. Duivendrecht: Paedologisch Instituut.
- Veerman, J.W., H. Damen & L.T. ten Brink (2000). *Een werkmodel voor evaluatieonderzoek in de jeugdzorg*. Nijmegen: Academisch Centrum / Praktikon.
- Verhulst, F.C., J. van der Ende & H.M. Koot (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis / Erasmus Universiteit.
- Vermande, M. E. Faber & G. Hutschemaeckers (1997). *Vraag en aanbod in de Riagg-jeugdzorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vlijmen, J. van (1999a). Aansturen op prestaties in de jeugdzorg. Een kwaliteitsgericht informatiesysteem als instrument voor het sturen en verantwoorden van de kwaliteit in zorgprocessen. In: H. Jumelet en C. Theunis (Red.), *Kwaliteit in uitvoering. Kwaliteitszorg in de jeugdzorg* (111-124). Utrecht: SWP.
- Vlijmen, J. van (1999b). *KWIS Handboek*. Amsterdam: Concern/Bureau Welzijnsmarketing.
- Weersing, V.R. & J.R. Weisz (2002). Mechanisms of action in youth psychotherapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 3-29.
- Wells, P.M.A. & L.M.H. Robbroeckx (1989), *Nijmeegse Vragenlijst voor de Opvoedingssituatie (NVOS)*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Instituut voor Orthopedagogiek.
- Welsh, B. (2001). Kosten en baten van preventie en behandeling van ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie. In: R. Loefer, N.W. Slot & J.A. Sergeant (Red.), *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie. Omvang, oorzaken en interventies* (p. 373-390). Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum.
- Wiel, N. van der (2002). *The effect of manualized behaviour therapy with disruptive behaviour disordered children in everyday clinical practice: a randomised clinical trial*. *Academisch proefschrift*. Utrecht: Universiteit Utrecht
- Wiersma, D., F.G. Brook & S. Sytma (1999). Onderzoek naar het functioneren van de geestelijke gezondheidszorg. In: A. de Jong, W. van den Brink, J. Ormel en D. Wiersma (Red.). *Handboek psychiatrische epidemiologie* (p. 422-441). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.

- Wijk, P.J.Th van (1999). *Eindrapport onderzoek hulpverleningsplanning SOJN*. Utrecht: GGZ Nederland / VOG.
- Wijk, P.J.Th van (2002). *Over plannen gesproken. Een referentiemodel voor hulpverleningsplanning in de jeugdzorg*. Utrecht: MO Groep / GGZ Nederland.
- Wijnen, H. (1999). Vraaggerichte hulpverleningsplanning: nieuwe vormgeving in Groningen. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 3, 23-27.
- Yperen, T.A. van (2001). Antisociaal gedrag en jeugddelinquentie: valt er wat te keren? *Kind en Adolescent* 22, nr. 4, pag 326-341.
- Van Yperen, T.A. van (2002a). *Verslag consultatieronde veldexperimenten resultaat meten*. Utrecht: NIZW
- Yperen, T.A. van (2002b). Effectonderzoek voor de 'evidence based' praktijk. *Kind en Adolescent*, 23, nr. 2, pag. 126-129.
- Yperen, T.A. van & H. Alberts (2003). *Veldexperimenten: resultaten meten, ketenkwaliteit en benchmarking. Plan van aanpak Programma Kwaliteitszorg in de Jeugdzorg II*. Utrecht: GGZ Nederland / MO Groep / NIZW Jeugd.
- Yperen, T.A., W. van Gastel & P.J. de Jong (1997). *Evaluatie in de praktijk. Registratie in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

## **Bijlage. Activiteiten en publicaties *Resultaten interventies jeugdzorg en jeugdwelzijn***

Het 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 e.a. (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**  
**Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden.**  
**Utrecht: NIZW, 2003**

Leidt de jeugdzorg bij jeugdigen en gezinnen tot het gewenste resultaat? Dit is een vraag die erg in de belangstelling staat. Het rapport *Resultaten van jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden* bespreekt de belangrijkste thema's die bij de beantwoording van deze vraag meegenomen moeten worden. Het biedt een handzaam kader om de discussies over de effectiviteit van interventievormen in de jeugdzorg in goede banen te leiden. Voorts reikt het aan stafleden en kwaliteitsfunctionarissen bij Bureaus Jeugdzorg en zorgaanbieders, methodiekontwikkelaars, docenten, onderzoekers en adviseurs een aantal modellen aan die helpen de praktijk op een gerichte en samenhangende manier te ondersteunen.

Het rapport is een eerste aflevering van een serie van vier publicaties. Hierna volgen een verslag van een studie naar internationale overzichten van de effectiviteit van jeugdzorg en een rapport over Nederlandse studies die naar de effectiviteit zijn verricht. De serie besluit met een publicatie over de relatie tussen vraaggericht werken, motivatie van cliënten en effectiviteit van de zorg. De documenten zijn te verkrijgen via [www.jeugdzorg.nl](http://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.

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 90-5957-053-7