

## **Implementatie van evidence based praktijken in De Cocon vzw: stand van zaken en toekomstige ontwikkelingen**

*Johan Vanderfaellie, Departement Klinische en Levensloopspsychologie, Vrije Universiteit Brussel*

De vraag naar de wetenschappelijke onderbouwing van de effectiviteit van interventies in de jeugdhulpverlening klinkt de laatste jaren steeds luider. Beleid, directies van voorzieningen, praktijkwerkers en cliënten stellen de effectvraag. Hierbij spelen zowel vakinhoudelijk als maatschappelijke motieven een rol. Vakinhoudelijk wensen voorzieningen en praktijkmedewerkers zorg van zo hoog mogelijke kwaliteit te leveren. Deze kwaliteit moet o.a. blijken uit de resultaten van wetenschappelijk verantwoord effectonderzoek. Maatschappelijk moeten hulpverleners en voorzieningen de overheid en de belastingbetaler laten zien dat het geld goed besteed wordt. Ook hier kunnen de resultaten van effectonderzoek een goede dienst bewijzen.

De Cocon vzw is reeds twee jaar intensief bezig met de implementatie van evidence-based praktijken (EBP). Deze bijdrage wil inzoomen op de stand van zaken en mogelijke toekomstige ontwikkelingen. Eerst ga ik kort in op de vraag wat nu juist effect is en hoe dit kan worden nagegaan. Daarna belicht ik enkele onderzoeksresultaten inzake de effectiviteit van hulpverlening aan kinderen en jongeren. Ik bespreek vervolgens de wegen om hulpverlening effectiever te maken en in het bijzonder heb ik oog voor de weg gekozen door de Cocon vzw. Ik eindig met een aantal aanbevelingen die misschien kunnen resulteren in een nog grotere effectiviteit van hun verschillende werkvormen.

### **Wat is effect?**

Is een voorziening overtuigd van het nut van effectonderzoek en van de noodzaak om de eigen effectiviteit aan te tonen, dan rijzen nog allerlei vragen. De belangrijkste is wat we eigenlijk onder effectiviteit verstaan en hoe we die kunnen aantonen. Er kunnen vijf parameters van effect worden onderscheiden, nl. uitval, probleemreductie, doelrealisatie, cliëntsatisfactie en kwaliteit van leven (Knorth, 2005; van Yperen, 2003). Belangrijk is om op te merken dat effect niet steeds een vooruitgang hoeft te betekenen. Hulp die voorkomt dat het slechter gaat met een jongere kan ook effectief worden genoemd (Knorth, 2005). Met betrekking tot de vraag hoe effectiviteit nu kan worden aangetoond kunnen twee perspectieven worden onderscheiden. Vanuit een *praktijkperspectief* kan een interventie als effectief gezien worden als gestelde doelen worden gerealiseerd en cliënten tevreden zijn. Vanuit een strikt *wetenschappelijk perspectief* is een interventie pas effectief als is aangetoond dat er geen andere factoren in het spel zijn die het effect ook hadden kunnen veroorzaken. Het betreft met ander woorden effecten die zijn gevonden met een gecontroleerd onderzoek: een experimentele groep krijgt de interventie die men op zijn effect wil onderzoeken en een controlegroep krijgt geen interventie, een placebo-interventie of een alternatieve interventie. Liefst worden cliënten willekeurig toegewezen aan de experimentele of de controlegroep. De interventie zelf behoort helder omschreven te zijn, bij voorkeur vastgelegd in een behandelingsprotocol dat niet alleen de fasering aangeeft, maar ook wat er tijdens de

verschillende sessies, bezoeken of zittingen gebeurt. Eveneens moet duidelijk te zijn voor wie de interventie geschikt is en voor wie niet. In het onderzoek wordt bij beide groepen een voormeting en een nameting verricht. Het effect wordt dan afgelezen aan het verschil tussen de experimentele en controlegroep aan het eind van de interventie inzake de tevredenheid of de realisatie van de doelen. Uit het bovenstaande kunnen we besluiten dat opvattingen inzake effect verschillen naargelang het perspectief. In het strikt wetenschappelijk perspectief is effect een zaak van alles of niets, slechts te genereren met een RCT. Vanuit het praktijkperspectief zijn misschien graden van effectiviteit te onderscheiden met steeds overtuigendere bewijskracht. Minder sterke vormen van onderzoek zouden dan ook een bijdrage kunnen leveren (Veerman & van Yperen, 2008).

### **Wat weten we over de effectiviteit van de jeugdhulpverlening?**

De kennis van de effectiviteit in de jeugdhulpverlening is beperkt. Oorzaak is dat het aantal onderzochte behandelvormen gering is. Dit aantal wordt niet hoger dan 50 geschat of anders gezegd minder dan vijf procent van wat dagelijks wordt toegediend (Veerman & van Yperen, 2008). Van het grootste deel van de gebruikte interventies hebben we dus geen experimenteel wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit.

Als we kijken naar wat we wel weten, is het beeld gemengd. Effecten worden in (experimenteel) onderzoek uitgedrukt in termen van effectgrootte. De effectgrootte geeft de mate van effect ten opzichte van een controlegroep weer. Een effectgrootte van 0.00 tot 0.19 betekent geen effect, een effectgrootte van 0.20 tot 0.49 wordt klein genoemd, een van 0.50 tot 0.79 matig, een van 0,80 tot 1.99 is groot. Een effectgrootte groter dan 2.00 wijst op een vrijwel zeker effect.

Metastudies van de afgelopen jaren laten zien dat de gemiddelde effectgrootte van de hulpverlening aan kinderen en jongeren ergens tussen 0.50 en 0.85 ligt. Ze hebben dus een matig tot groot effect (Weisz, 2004; Weisz, Doss, & Hawley, 2005). Deze metastudies nemen echter ook onderzoek mee dat niet uitgevoerd is in de reguliere klinische praktijk. Veel van de onderzoeken blijken gedaan te zijn bij jeugdigen en gezinnen met enkelvoudige problemen, met speciaal getrainde therapeuten, met een behandeling die bestaat uit één soort therapie die strak geprotocolleerd is, ... Vraag die zich stelt is of dit positieve beeld niet voornamelijk bepaald wordt door die interventies die niet in de praktijk van de jeugdzorg worden uitgeoefend, maar die speciaal voor onderzoeksdoeleinden ontworpen zijn en alleen in dit kader zijn uitgevoerd. Wanneer we de effectiviteit van de dagelijkse hulpverleningspraktijk aan kinderen en jongeren onderzoeken is het beeld veel minder rooskleurig. Door verschillende onderzoekers wordt de effectgrootte van de dagelijkse hulpverlening geschat op  $d = -0.03$  tot  $-0.08$ . Dit wil zeggen geen effect.

Bovendien wijst de *min* op een zeer klein averechts effect (Weiss, Catron, Harris, & Phung, 1999; Weisz, 2004). Anderen schatten voorzichtig de effectiviteit van de dagelijkse praktijk rond  $d = 0.40$  (van Yperen, Van der Steege, Addink, & Boendermaker, 2010) of een matig effect. Wat er ook van is, de boodschap is duidelijk: de weinige wel in de dagelijkse praktijk uitgevoerde experimentele onderzoeken laten slechts kleine tot matige effecten zien. Er is dus nog heel wat ruimte voor verbetering.

### **Werken aan kwaliteit en effectiviteit**

Bovenstaande onderzoeken suggereren dat het gebruik van dergelijke experimentele interventies of EBP's een positieve bijdrage zou kunnen leveren aan de effectiviteit van de dagelijkse

hulpverleningspraktijk. Er worden echter heel wat redenen genoemd om aan te nemen dat dit niet zo is. Zo zijn de EBP's meestal ontwikkeld en getest bij cliënten met slechts één probleem en bij cliënten met matige problemen, waardoor ze misschien niet zullen werken bij de cliënten met meerdere ernstige problemen uit de dagdagelijkse praktijk. Het protocol van de EBP maakt het moeilijk of zelfs onmogelijk om de begeleiding aan te passen aan de individuele noden van de cliënt en om in te spelen op onverwachte gebeurtenissen. Het ondermijnt tevens de creativiteit van de therapeut. Ten slotte zijn EBP's getest bij meerderheidsgroepen waardoor ze niet geschikt zouden zijn voor (etnische) minderheidsgroepen (Weisz, Jensen-Doss, & Hawley, 2006).

Daarbovenop geeft het feit dat het gaat over EBP's voor jeugdigen en gezinnen aanleiding tot specifieke risico's op een minder grote effectiviteit. Zo melden jeugdigen zich weinig zelf aan. Ze worden vooral doorverwezen door ouders en andere volwassenen wat een invloed kan hebben op hun probleembesef en motivatie. De hoge niveaus van opvoedingsstress en gezinsbelasting in deze gezinnen, verhoogt zeer sterk het risico op onvoorziene gebeurtenissen die de begeleiding doorkruisen. Het aantal no-shows en uitval is hoog, dit onder andere als gevolg van het feit dat zowel de jongere als zijn ouder gemotiveerd moeten blijven voor de begeleiding. Ten slotte worden de resultaten beïnvloed door de werkrelatie van de begeleider zowel met de jongere en als met de ouder, terwijl bij volwassenen het slechts de alliantie tussen cliënt en therapeut betreft (Weisz et al., 2006).

Op basis van al het voorgaande lijkt het niet verstandig om aan te dringen op de implementatie van EBP in de dagelijkse hulpverlening. Echter, een metastudie die naging of EBP's effectiever zijn dan care as usual (CAU) waarbij beide interventies at random werden toegediend aan jongeren uit eenzelfde pool (Weisz et al., 2006), toont dat EBP's wel degelijk significant effectiever dan de dagelijkse praktijk. De effectgrootte is 0.30 wat wijst op een klein effect of anders gezegd de gemiddeld jongere begeleid met een EBP functioneerde na de begeleiding beter dan 62% van de jongeren begeleid door middel van CAU. Dit effect verminderde niet wanneer allochtone jeugdigen werden geïnccludeerd of wanneer het zeer problematisch functionerende jongeren betrof.

Bovenstaand negatieve beeld van de dagelijkse hulpverlening betekent niet dat de huidige interventies in de jeugdzorg niet effectief zijn. Van de meeste weten we het niet. Het toont ons wel dat we dringend meer zicht moeten krijgen op de effectiviteit van de geboden hulp en dat de implementatie van EBP zou kunnen bijdragen aan een verhoging van de kwaliteit.

### **Manieren om kwaliteit en effectiviteit te vergroten**

Er zijn twee manieren waarmee de kwaliteit en de effectiviteit van de hulpverlening kan worden verbeterd. Een eerste manier is het top-down implementeren in de dagelijkse praktijk van interventies die hun effect in onderzoek hebben bewezen (efficacy onderzoek maar liefst effectiveness onderzoek). De tweede manier is het bottom-up onderzoeken van interventies die in de praktijk worden uitgevoerd. Hiermee wordt aangesloten bij huidige praktijk (Veerman & van Yperen, 2008). In de wetenschappelijke literatuur wordt meestal de eerste top-down werkwijze aanbevolen. Hulpverleners moeten dan oordeelkundig gebruik maken van de beschikbare wetenschappelijke kennis en de juiste interventie kiezen. Er wordt van hen verwacht dat ze rekening houdend met de beschikbare wetenschappelijke kennis over 'wat werkt' aan de ene kant

en de unieke problemen, noden, rechten en voorkeuren van de cliënt aan de andere kant de juiste wetenschappelijk onderbouwde interventie aanwenden (Carr, 2009).

Om meerdere redenen maken hulpverleners echter geen gebruik van EBP's. We noemden hierboven reeds enkele argumenten. Een eerste was dat veel hulpverleners EBP's niet geschikt achten voor hun cliënten omdat: EBP's getest zijn bij proefpersonen niet representatief voor de reguliere cliënt, het onduidelijk is wat moet gebeuren bij jongeren met meerdere ernstige problemen, de dagelijkse praktijk door o.a. een gebrek aan motivatie een grote uitval kent waardoor cliënten niet steeds het hele protocol zullen doorlopen, en de complexiteit van de gezinnen in de dagelijkse praktijk maakt dat de begeleiding onvoorspelbaar is en dat vooraf bepaalde en gefaseerde behandelingen onwerkbaar zijn. We noemden ook reeds de gedachte dat EBP's de creativiteit en de inventiviteit van therapeuten beknotten (Weisz et al., 2006).

Daar kan aan worden toegevoegd dat de dagelijkse praktijk een veel bredere focus hanteert. CAU is niet alleen gericht op het probleemgedrag of de symptomen maar ook het sociaal functioneren, kunnen omgaan met stressoren en kwaliteit van leven (Newnham & Page, 2010). De implementatie moet ook praktisch haalbaar zijn. Soms ontbreekt het aan tijd en middelen om de EBP op de gewenste wijze te implementeren (volgen van opleidingen, aankopen van de interventie, ...) (Newnham & Page, 2010).

Een veel gehoord argument is dat door het protocol therapeuten te weinig oog hebben voor de noden van de jongere en zijn gezin. Dit beïnvloedt bovendien negatief de ontwikkeling van therapeutische alliantie of werkrelatie (Newnham & Page, 2010; Weisz et al., 2006). Echter, in een recent onderzoek bij 76 jongeren met een internaliserende problematiek waarbij 59 therapeuten at random werden toegewezen aan een geprotocolleerde behandeling met handleiding of aan CAU zonder handleiding bleek het gebruik van een handleiding de ontwikkeling van een therapeutische relatie niet te schaden. Op het einde van de therapie hadden jeugdigen uit beide condities een even goede therapeutische relatie met de therapeut. De therapeutische relatie was zelfs beter bij het begin van de begeleiding in de handleidingconditie dan in de controleconditie (Langer, McLeod, & Weisz, 2011).

Ten slotte beweren sommigen dat de interventie zelf nauwelijks bijdraagt aan de effectiviteit van de begeleiding. Veertig procent van de werkzaamheid van een begeleiding is immers te wijten aan extra-therapeutische factoren (cliëntfactoren zoals intelligentie en omgevingsfactoren zoals huwelijksproblemen). Dertig procent is te verklaren door algemeen werkzame factoren (o.a. kwaliteit van de therapeutische relatie, gebruik van motiverende technieken, consensus tussen hulpverlener en cliënt over probleemdefinitie, doelen en aanpak, goede structurering van de interventie, ...) en vijftien procent zou worden verklaard door het placebo-effect. Slechts 15% van het effect of een effectgrootte van 0.06 zou te wijten zijn aan de gebruikte methode (Lambert, 1992).

Dit laatste argument heeft verstrekkende gevolgen. Het zou immers impliceren dat een kwaliteitsverbetering helemaal niet moet worden gezocht in de (al dan niet top down) implementatie van EBP maar in de investering in *algemeen werkzame factoren*. Deze bewering is alvast gedeeltelijk in contradictie is met bovenstaande onderzoeksgegevens. We toonden immers reeds aan dat de effectiviteit van EBP's groter is dan CAU. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat in de CAU waarmee werd vergeleken onvoldoende aandacht werd besteed aan de realisatie van de algemeen werkzame factoren. Deze verklaring is echter opnieuw een argument voor het

inzetten van EBP's. Zelfs wanneer EBP's niets specifiek zouden toevoegen, dan nog kunnen ze fungeren als een vehikel om maximaal de algemeen werkzame factoren te realiseren gedurende de begeleiding. Bovendien kan worden beargumenteerd dat juist doordat een specifieke EBP wordt ingezet die toegesneden is op de problematiek en de hulpvraag van de cliënt, een therapeutische relatie (een algemeen werkzame factor) kan ontstaan (Stams, Buist, Dekovic, & Kroon, 2005). Daarnaast kan het gebruik van EBP's bijdragen aan de professionaliteit en de competentie van de hulpverlener zoals ervaren door de cliënt. Twee elementen die geassocieerd zijn met een grotere tevredenheid en effectiviteit (Carr, 2009; Ramos et al., 2006). Vraag blijft ten slotte of EBP's een eigenstandig effect hebben buiten de algemeen werkzame factoren om. In tegenstelling tot de bewering dat de techniek slechts verantwoordelijk zou zijn voor een zeer klein deel, schatten Nederlandse onderzoekers recentelijk dit aandeel op 40 tot 60% (Stams, 2011). Dit was overigens ook al het geval in een metastudie waarin de bijdrage van de algemeen werkzame factoren werd vergeleken met deze van specifieke factoren. Het effect van de specifieke factoren was er tweemaal zo groot terwijl de algemeen werkzame factoren geen effect hadden in het geval van ernstige problematiek (Stevens, Hynan, & Allen, 2000). Kortom, het lijkt erop dat zowel algemene factoren als specifieke factoren een belangrijke bijdrage aan het effect van de behandeling leveren.

### **Op weg naar practice-based evidence**

EBP's kunnen dus wel degelijk iets toevoegen aan de dagelijkse hulpverleningspraktijk. De eerste manier om EBP's te implementeren blijkt echter niet de meest succesvolle. Hij stoot op veel weerstand en praktische bezwaren. Er is echter een tweede manier om de kwaliteit en de effectiviteit van de hulpverlening te vergroten. Hierbij gaat het niet zozeer over de implementatie van EBP maar om de ontwikkeling van practice-based evidence (PBE). Er wordt hiervoor aangesloten bij interventies die in de praktijk worden uitgevoerd met het doel deze interventies te verbeteren.

Wanneer wordt aangesloten bij praktijken in het werkveld met als doel het ontwikkelen van PBE, worden we geconfronteerd met een aantal problemen. Zo is heel veel praktijkkennis impliciet. Hulpverleners handelen maar de werkwijze is weinig geëxpliciteerd. Het is vaak onduidelijk wat het plan of de methode is. De doelgroep is vaak niet scherp omschreven. De omschrijving is geregeld zo algemeen dat ongeveer iedereen tot de doelgroep kan behoren. Eenzelfde opmerking kan worden gemaakt ten aanzien van de problemen waarop de interventie zich richt. Als gevolg van een vage omschrijving kan soms bijna iedere gezins- en kindproblematiek in aanmerking komen om via de aangeboden jeugdhulpverleningsaanpak opgelost te worden. Deze problemen maken het bovendien moeilijk om de effectiviteit van het handelen te beschrijven. Er is immers niet goed geweten waarover het juist gaat. Bovenstaande problemen belemmeren trouwens ook kwaliteitverbetering. Doordat niet goed geweten is wat er wordt gedaan, kan de praktijk moeilijk worden verbeterd.

Een ander probleem is dat de onderliggende redenering van hoe de problemen zijn ontstaan en hoe de geboden hulp daar een bijdrage aan zou kunnen leveren onduidelijk is. Een hulpverlener moet echter op een of andere manier aannemelijk kunnen maken waarom en hoe bij deze cliënt dit doel via deze aanpak en in de gegeven context kan worden gerealiseerd (van Yperen, Bijl, & Veerman, 2008). De voorziening of het team moeten kunnen expliciteren waarom zij verwachten dat de hulp iets zal opleveren. Er moet een logisch en geloofwaardig verhaal worden geschreven waaruit blijkt

dat de aanpak bij deze doelgroep met zijn specifieke problemen, risicofactoren en hulpvraag zal resulteren in een voorspelde uitkomst. Dit is de interventietheorie.

Het is echter niet omdat we een interventietheorie hebben dat de interventie positieve effecten zal ressembleren. Dat moet nog worden aangetoond. Hiervoor moet een onderzoek worden opgezet. Er zijn meerdere mogelijkheden. Er kunnen 'N=1 onderzoeken' worden opgezet, veranderingsonderzoeken, tevredenheidsonderzoeken, gecontroleerde onderzoeken enzovoort. Deze onderzoeken leveren empirische PBE op. In functie van het gekozen onderzoeksdesign is de bewijskracht van het onderzoek sterker of zwakker. Zo levert een veranderingsonderzoek geen bewijs voor causaliteit. Door het ontbreken van een controlegroep kan immers niet worden uitgesloten dat de veranderingen niet het gevolg zijn van rijping, een selectiebias enzovoort. Wanneer echter een gecontroleerd onderzoek (wat ook kan met meerdere N=1 studies) is uitgevoerd en causale relatie is aangetoond tussen de vooruitgang en de geboden hulp, is de PBE zo sterk dat de hulp kan worden gezien als een EBP.

### **Niveaus van effectiviteit**

In functie van de ontwikkeling van de interventie en het geleverde bewijs kunnen een viertal niveaus van effectiviteit worden onderscheiden: van potentieel, via veelbelovend en doeltreffend naar werkzaam. Op elk hoger niveau wordt met meer graden van zekerheid het effectbewijs geleverd (Veerman & van Yperen, 2008). Op *niveau 1* worden de elementen van de interventie gespecificeerd. Het betreft een nadere omschrijving van het doel van de interventie, de doelgroep, de aanpak, de fasering en de randvoorwaarden. Deze omschrijving laat toe de interventie te beoordelen in het licht van de wetenschappelijke en klinische kennis. Hoe meer de inhoud van een interventie de inzichten in het vakgebied weerspiegelt, en hoe duidelijker de interventie in een handleiding kan worden beschreven, hoe meer potentie om effectief te zijn. Deze potentie is op te vatten als een eerste minimale indicatie voor de effectiviteit van de interventie. Op *niveau 2* wordt de werking van een interventie theoretisch onderbouwd. Er wordt aannemelijk gemaakt dat ze werkt: hoe wordt door het inzetten van de bedoelde interventie de gewenste uitkomst bij de beoogde doelgroep bereikt? Liefst wordt hierbij gerefereerd naar algemeen aanvaarde wetenschappelijke theorieën. Er wordt nagegaan welke rol de algemeen werkzame ingrediënten spelen en welke specifieke ingrediënten hieraan worden toegevoegd. Het expliciteren van de interventietheorie is een verdere stap in de bewijsvoering voor effectiviteit. Het maakt een interventie veelbelovend. Op *niveau 3* worden de gewenste veranderingen als gevolg van een interventie aangetoond. Een goede omschrijving (*niveau 1*) en onderbouwing (*niveau 2*) laten het wat en waarom van een interventie zien. Als vastgesteld kan worden dat de gewenste veranderingen bereikt worden bij het toedienen van de interventie zoals bedoeld aan de beoogde doelgroep, dan is de bewijsvoering van een effectieve interventie weer een stapje verder gebracht. Dit niveau impliceert onderzoek. De handelingsintegriteit wordt onderzocht en er wordt nagegaan of de gewenste uitkomsten worden behaald en of de beoogde doelgroep wordt bereikt. Dit kan gebeuren met een veranderingsonderzoek, een doelrealisatieonderzoek of een cliënttevredenheidsonderzoek. Vallen de resultaten tegen dan is het aangewezen de interventie aan te passen alvorens complexer onderzoek op te zetten. Op *niveau 4* wordt de causaliteit van een interventie aangetoond. Vastgestelde gewenste veranderingen laten immers niet toe besluiten te trekken over de oorzaak van deze veranderingen. Causaliteit impliceert een bewijs dat de

interventie en niet iets anders tot dit resultaat heeft geleid. Idealiter wordt bewezen dat de onderzochte interventie beter is dan 'geen interventie' of een 'andere interventie'. Dit veronderstelt een vergelijking met een controlegroep die een ander aanbod heeft gehad of geen hulp heeft ontvangen.

### **Hoe zit het nu met de Cocon vzw?**

De Cocon vzw heeft er voor gekozen om zich in te schrijven in de tweede manier van werken om de eigen kwaliteit en effectiviteit te vergroten. Zelf noemen ze het EBP (Bart Libbrecht, 2011). Ik meen echter dat het PBE betreft. Ze kozen niet steeds voor de gemakkelijkste weg, nl. een interventie uit de (wetenschappelijke) kast halen en deze toepassen. Integendeel, meerdere werkvormen kozen ervoor om het eigen handelen te conceptualiseren. Interventies die impliciet in de hoofden van de hulpverleners zaten of die werden uitgelegd met vage bewoordingen, werden uitgeschreven. Dit had verschillende voordelen. Het werken werd meer gesystematiseerd en overdraagbaar. Het bracht een reflectieproces op gang als gevolg van de confrontatie van de eigen praktijk met de werkwijze van anderen. Het werd voor iedereen ook duidelijker wie de doelgroep uitmaakt en wie niet, welke de doelen van de begeleiding zijn en welke niet en welke de problemen zijn waar het team zich aan waagt. Kortom, ze behaalden niveau 1.

Vervolgens probeerden ze de eigen interventie theoretisch te onderbouwen. De interventietheorie werd geëxpliciteerd. Er werd duidelijk gemaakt welke de gebruikte kaders en theorieën zijn. Dit had ook een invloed op de vorming die personeelsleden volgden. Bijscholingen konden worden gevolgd maar moesten in de lijn liggen van de gehanteerde theoretische kaders. Tegelijkertijd werd nagegaan hoe de aanwezigheid algemeen werkzame factoren werd gegarandeerd. Een protocol is immers een middel om maximaal de algemeen werkzame factoren te realiseren gedurende de begeleiding. Vervolgens werd de uitdaging aangegaan om een eenvoudig veranderingsonderzoek op te zetten. De keuze voor deze vorm van onderzoek en niet voor een gecontroleerd onderzoek kan worden beargumenteerd vanuit het idee dat een veranderingsonderzoek aanluit bij het ontwikkelingsniveau van de interventie. De interventie situeert zich op niveau 2, het lijkt dus logisch om op te schuiven naar niveau 3. Tevens is er voor gezorgd dat het onderzoek is ingebed in de dagelijkse praktijk. Het komt er niet nog eens 'bij'. De gebruikte instrumenten worden dan ook gebruikt om te komen tot een door de cliënt gedragen probleemformulering en doelformulering en om de geboden hulp te evalueren. Bijzondere aandacht is besteed aan de selectie van de instrumenten. Niet alleen moesten ze een voldoende goede operationalisering zijn van de doelen en probleemgebieden waarop de interventie zich richt, ze moesten ook praktisch bruikbaar zijn. Dit wil zeggen dat ze niet te lang mochten zijn, begrijpbaar voor de cliënten, gemakkelijk af te nemen en te scoren, ... Daar niet iedere medewerker voldoende geschoold was in het gebruik van diagnostisch materiaal in de hulpverlening is voor de verschillende teams een opleiding georganiseerd. Doel was (1) weerstand tegen het gebruik van instrumenten in de hulpverlening overwinnen en de voordelen ervan aanstippen, (2) concepten en meetpretentie van de verschillende instrumenten verhelderen, (3) scoringswijzen toelichten, (4) interpretatie van de gegevens aanleren en (5) ten slotte de overdracht van de resultaten naar de hulpverleningspraktijk inoefenen. Hiermee werd er dadelijk voor gezorgd dat de gegevens worden benut in het primaire proces, bij individuele diagnostiek en behandelingsplanning en evaluatie van de voortgang. Vervolgens zullen ze naar hogere niveaus worden geaggregeerd om zicht te krijgen

op de effectiviteit van de werkvorm. Deze inzichten kunnen op hun beurt worden aangewend om de praktijk te verbeteren (Veerman & van Yperen, 2008).

### **Mag het wat meer zijn?**

Uit het bovenstaande blijkt dat de Cocon vzw langzaamaan op de effectladder stijgt. De eerste en de tweede trap zijn reeds bereikt. De derde trap wordt beklommen of toch niet? Niveau 3 wordt bereikt wanneer vastgesteld kan worden dat de gewenste veranderingen gerealiseerd worden bij het toedienen van de interventie zoals bedoeld aan de beoogde doelgroep. Een daar knelt nu juist het schoentje. Ik heb geen weet van een handelingsregistratie. Het is mij dan ook niet duidelijk hoe kan worden aangetoond dat de interventie werd uitgevoerd zoals bedoeld. Ontbreken van handelingsintegriteit kan echter de werkzaamheid van de interventie ernstig schaden (Weiss, Catron, & Harris, 2000). Het is immers een algemeen werkzame factor (van Yperen, 2003). Bovendien is geweten dat hulpverleners gemiddeld 1.4 keren van methode veranderen gedurende een sessie. Reden van afwijken is meestal een indruk bij de begeleider van een weinig gunstige ontwikkeling van de cliënt of het cliëntsysteem. Deze voorspelling van een negatieve ontwikkeling hangt echter niet samen met de vooruitgang van de cliënt maar correleert wel met een negatieve stemming van de begeleider (Newnham & Page, 2010). Dit euvel zou kunnen worden opgelost met een handelingsregistratie en/of geregelde intervisiemomenten. Het gebruik van een handelingsregistratie impliceert echter wel dat een norm bestaat van wat gewenst is. Dit moet tevens aanleiding geven tot suggesties om beter de programma-integriteit te bewaken. Wanneer gekozen wordt voor intervisiemomenten kan de vraag worden gesteld of dit voldoende is om de programma-integriteit te bewaken: vinden ze voldoende frequent plaats, is het handelen van de hulpverlener telkens onderwerp van discussie, is de norm waartegen het handelen van de begeleider wordt afgezet voldoende duidelijk? Mogelijk is dit een werkpunt. Terzijde kan worden opgemerkt dat inter- en supervisie ook kunnen bijdragen aan een betere realisatie van de algemeen werkzame factoren.

Een ander punt voor verbetering is de monitoring van de ontwikkeling. Een voorbeeld: een thuisbegeleiding duurt één à twee jaar. Na zes maanden worden de doelen geëvalueerd en wordt gekeken of we op de goede weg zitten. Is zes maanden niet wat lang? Zou het niet verstandig zijn om de cliënten die onvoldoende vooruitgaan sneller te identificeren? Meerdere empirische gegevens ondersteunen dit idee. Ten eerste toont onderzoek dat slechts 28% van jeugdigen in behandeling vooruit gaat. Van ongeveer 30% blijven de problemen even groot en van 14 tot 24% worden de problemen groter (Warren, Nelson, Mondragon, Baldwin, & Burlingame, 2010). Er dus van uitgaan dat jeugdigen en hun gezin steeds vooruitgaan gedurende een begeleiding is niet gerechtvaardigd. Daarnaast werd ook gevonden dat begeleiders en therapeuten meestal een optimistisch beeld hebben over de gemaakte vooruitgang, veranderingen in de negatieve zin over het hoofd zien en slechts in beperkte mate de finale uitkomst (en dus vooruitgang of gebrek aan vooruitgang) van een cliënt kunnen inschatten. Bovendien doen deze problemen zich sterker voor bij cliënten die niet vooruitgaan (Lambert & Shimokawa, 2011). Daarnaast heeft een routinematige monitoring van de vooruitgang een eigenstandig positief effect. In onderzoek gaf het aanleiding tot een vermindering van acht procent van de cliënten die achteruitgingen en veertien procent meer

cliënten die vooruitgingen (Lambert et al., 2003). Het zou dan ook een goed idee kunnen zijn om de ontwikkeling van het cliëntsysteem frequenter en bijna routinematig te monitoren. Deze frequente feedback zou in geval van geen of onvoldoende vooruitgang de aanleiding kunnen zijn om (opnieuw) de werkrelatie te evalueren, de werkdoelen te herdefiniëren of de aanpak meer te laten aansluiten op de veranderingstheorie van de cliënt (Carr, 2009). Daarnaast moet het aanleiding geven tot intervisie en supervisie die op zijn beurt moet resulteren in ideeën hoe de begeleiding te optimaliseren (Lambert & Shimokawa, 2011). Voorwaarde is echter dat deze feedback bijna onmiddellijk, frequent, systematisch en eenvoudig te begrijpen wordt aangeleverd (Lambert & Shimokawa, 2011).

In deze context is het nuttig aan te geven om in geval van aggregatie van de gegevens op werkvorm- of voorzieningniveau voldoende oog te hebben voor de kenmerken van casussen die uitvielen of negatief ontwikkelden. Uitvallers verdwijnen immers dikwijls uit de statistieken door een gebrek aan eindmeting en cliënten die negatief ontwikkelden gaan op in het gemiddelde waardoor we niets meer van hen kunnen leren.

Een derde punt betreft de bewaking van de instroom. De doelgroep van een interventie wordt bepaald door het probleem waarvoor de interventie is ontworpen. Deze doelgroep heeft nog andere kenmerken. Soms hangen deze samen met het probleem, soms met de werkwijze van de interventie (bijvoorbeeld leeftijd, ernst van probleemgedrag, ...). Dit alles geeft aanleiding tot indicaties en contra-indicaties. Indicaties zijn kenmerken van het kind en de omgeving waarvan uit wetenschappelijk onderzoek bekend is of op basis van gesystematiseerde praktijkervaring verondersteld kan worden dat ze de kans van slagen van de aanpak positief beïnvloeden. Contra-indicaties verlagen de kans van slagen van de aanpak. Hieruit kan worden afgeleid dat een interventie effectiever is naarmate ze er beter in slaagt de doelgroep waarvoor ze is bedoeld te bewaken. De ervaring leert echter dat begeleiders liefst zo weinig mogelijk contra-indicaties formuleren en zo breed mogelijke indicaties (Grietens, Mercken, Vanderfaellie, & Loots, 2007). Dit resulteert uiteindelijk in een interventie die ongeveer voor ieder probleem en voor iedere cliënt kan worden aangewend. Deze keuze wordt enerzijds ingegeven door idealisme en beroepsernst. Hulpverleners en voorzieningen willen hun maatschappelijke verantwoordelijkheid opnemen en zullen slechts zeer zelden een begeleiding weigeren (Grietens et al., 2007). Anderzijds heeft dit ook te maken met de regelgeving. Heel wat diensten hebben immers een opnameplicht. De Cocon vzw maar eveneens de overheid moeten beseffen dat een verbetering van kwaliteit en effectiviteit niet alleen verband houdt met een optimalisering van het handelen van de hulpverleners. De resultaten van de hulp staan of vallen ook met de kwaliteit van de toewijzing. Indicatiestelling is immers een speerpunt in de klinische cyclus omdat ze staat aan het einde van het diagnostische proces en het begin van de behandelingscyclus.

Ten slotte kan niet anders dan worden gewezen op de beperkingen van het veranderingsonderzoek. Zo een onderzoek heeft meerdere beperkingen. De grootste beperking is dat de interne validiteit van het onderzoek niet is gegarandeerd. De effecten kunnen dus het gevolg zijn van storende factoren zoals rijping, gebeurtenissen die gedurende de interventie plaatsvinden, testgewenning, veranderingen inzake de scoring van instrumenten, regressie naar het gemiddelde, uitval en cliëntselectie. Deze storende factoren zetten de bewering dat de effecten het gevolg zijn van de interventie onder druk. Het zal er dus op aankomen om bij de analyse en interpretatie van de resultaten de mogelijke invloed van bovenstaande storende factoren nauwkeurig te bespreken en

liefst te ontcrachten. Dit soort problemen kan worden opgelost met een gecontroleerd onderzoek. Dit is liefst een gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek. Zo een onderzoek is echter zeer moeilijk uit te voeren, heeft een beperkte externe validiteit en stoot op een aantal ethische bezwaren. Een minder sterke vorm van gecontroleerd onderzoek, maar misschien wel haalbaar, is een quasi-experimenteel onderzoek. Hiervoor moet dan wel een voorziening worden gezocht met een vergelijkbare doelgroep die bereid is om hierover samen te werken. Door in beide voorzieningen hetzelfde veranderingsonderzoek op te zetten krijgen beide voorzieningen een controlegroep.

## Tot slot

De Concon vzw koos duidelijk voor de verbetering van de eigen kwaliteit en een optimalisering van het eigen handelen. Ze koos hierbij niet voor de gemakkelijkste weg. Medewerkers gingen aan de slag via het beschrijven van het eigen handelen, het theoretisch onderbouwen van hun praktijken tot en met het opzetten van een eenvoudig veranderingsonderzoek. Langzaam maar zeker wordt de effectladder beklommen. Dit proces gaat gepaard met vele discussies, twijfels, ..., waardoor de tocht naar boven veel inspanningen en moeite vraagt. Bovendien moeten alle medewerkers mee naar boven en mag niemand beneden blijven staan. Ik ben blij dat ik deze tocht met hen mag maken. Maar ook ik moet opletten om niet te struikelen. Het zal er nu op aan komen om de volgende maanden en jaren geen hoogtevrees te krijgen en niemand naar beneden te laten vallen. Ten slotte hoop ik dat eenmaal op de derde trede nog voldoende energie overblijft om te beginnen aan de beklimming van de vierde trede. Het zicht op de top is immers veel mooier.

## Literatuur

- Carr, A. (2009). *What works with children, adolescents and adults? A review of research on the effectiveness of psychotherapy*. East Sussex: Routledge.
- Grietens, H., Mercken, I., Vanderfaeillie, J., & Loots, G. (2007). *Initiatie van effect- en effectiviteitsmeting van het private hulpaanbod binnen de bijzondere jeugdzorg. Een opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin*. Leuven: Centrum voor Orthopedagogiek.
- Knorth, E. J. (2005). Wat maakt het verschil? Over intensieve orthopedagogische zorg voor jongeren met probleemgedrag. *Kind en Adolescent*, 26, 334-351.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48, 72-79.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 288-301.
- Langer, D. A., McLeod, B. D., & Weisz, J. R. (2011). De treatment manuals undermine youth-therapist alliance in community clinical practice? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 427-432.
- Newnham, E. A., & Page, A. C. (2010). Bridging the gap between best evidence and best practice in mental health. *Clinical Psychology Review*, 30, 127-142.
- Ramos, C., Stams, G. J., Stoel, R., Faas, M., van Yperen, T. A., & Dekovic, M. (2006). Het meten van clienttevredenheid in de jeugdzorg. *Kind en Adolescent*, 27(3), 157-168.

- Stams, G. J. (2011). Het recht van de zwakste: de forensische jeugdzorg in orthopedagogisch perspectief. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 50, 243-258.
- Stams, G. J., Buist, K. L., Dekovic, M., & Kroon, I. F. I. (2005). Ouderparticipatie, therapeutische alliantie en gedragsproblemen van een kind in dagbehandeling. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 44, 51-59.
- Stevens, S. E., Hynan, M. T., & Allen, M. (2000). A meta-analysis of common factors and specific treatment effects across the outcome domains of the phase model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 273-290.
- van Yperen, T. (2003). *Resultaten in de jeugdzorg: begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- van Yperen, T., Bijl, B., & Veerman, J. W. (2008). Op weg naar veelbelovend. In T. van Yperen & J. W. Veerman (Eds.), *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgericht effectonderzoek in de jeugdzorg*. (pp. 35-56). Delft: Eburon.
- van Yperen, T., Van der Steege, M., Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifieke factoren in de jeugdzorg: Stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Veerman, J. W., & van Yperen, T. (2008). Wat is praktijkgestuurd effectonderzoek? In T. van Yperen & J. W. Veerman (Eds.), *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. (pp. 17-34). Delft: Eburon.
- Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 144-155.
- Weiss, B., Catron, T., & Harris, V. (2000). A 2-year follow-up of the effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1094-1101.
- Weiss, B., Catron, T., Harris, V., & Phung, T. M. (1999). The effectiveness of traditional child psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 82-94.
- Weisz, J. R. (2004). *Psychotherapy for children and adolescents. Evidence-based treatments and case examples*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Weisz, J. R., Doss, A. J., & Hawley, K. M. (2005). Youth psychotherapy outcome research: a review and critique of the evidence base. *Annual Review of Psychology*, 56, 337-363.
- Weisz, J. R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K. M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care. A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist*, 61, 671-689.