



## Samen lerend doen wat werkt

Een nieuwe kijk op evidence-based practice  
in zorg en welzijn voor jeugdigen en gezinnen

## > Colofon

© 2017 Nederlands Jeugdinstituut

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** Wim Gorissen (red.)

**Fotografie** Martine Hoving

**Vormgeving** Punt Grafisch Ontwerp, Utrecht

# Inhoud

<b>Managementsamenvatting: Samen lerend doen wat werkt</b>	<b>6</b>
<b>1 Inleiding: waarom een document over ‘samen lerend doen wat werkt?’</b>	<b>9</b>
1.1 Aanleiding en opzet denktank	9
1.2 Leeswijzer	10
<b>2 Evidence-based practice: de stand van zaken</b>	<b>11</b>
2.1 Wat wordt verstaan onder evidence-based practice?	11
2.2 De evolutie van en de kritiek op evidence-based practice in de gezondheidszorg	14
2.3 De ontwikkeling van evidence-based practice in de jeugd- en opvoedhulp	16
2.4 De invloed van de transitie van de jeugdhulp naar gemeenten	23
2.5 Wat heeft vijftien jaar evidence-based practice in de jeugdhulp ons nu gebracht?	25
2.6 De opmaat naar de denktank Evidence-based practice in de jeugdhulp	26
<b>3 Evidence-based practice: de ervaringen van de deelnemers aan de denktank</b>	<b>27</b>
<b>4 Samen lerend doen wat werkt; een nieuw kader</b>	<b>29</b>
4.1 Van ‘evidence-based practice’ naar ‘samen lerend doen wat werkt’	29
4.2 De actoren en hun ‘interne’ meet-spreek-verbeterbewegingen	30
4.3 De interacties tussen de verschillende groepen actoren	30
4.4 De kernvragen bij de interacties tussen de actorengroepen	31
4.5 Een schematische uitwerking van interacties en vragen	32
4.6 De verbindingen tussen leercycli van de actoren hun interactievelden	33
<b>5 Burgers/cliënten en professionals: de uitvoeringspraktijk</b>	<b>34</b>
5.1 Samen lerend doen wat werkt door cliënten en burgers	34
5.2 Samen lerend doen wat werkt door (zorg)professionals	34
5.3 Samen lerend doen wat werkt in de interactie tussen professionals en cliënten	35
5.4 De rol van cliënten: familiegroepsplan, samen beslissen en kernwaarden	37
5.5 De rol van professionals; dilemma’s in samenwerking rond complexe casuïstiek	38
5.6 Reflectie op de voorbeelden rond cliënt en professional	40





<b>6</b>	<b>Aanbieders en gemeenten: de beleidspraktijk</b>	<b>41</b>
6.1	Samen lerend doen wat werkt door aanbieders	41
6.2	Samen lerend doen wat werkt door gemeenten	41
6.3	Samen lerend doen wat werkt in de interactie tussen gemeenten en aanbieders	42
6.4	Voorbeeld: evidence-based werken bij Accare 2006-2016	42
6.5	Voorbeeld: het model voor sturen op kwaliteit uitgewerkt voor een instelling	47
6.6	Voorbeeld: rationalisering van het Rotterdamse jeugd beleid	48
6.7	Reflectie op de voorbeelden van aanbieder en gemeente	52
<b>7</b>	<b>Onderzoekers, ontwikkelaars en kennismakelaars: de kennispraktijk</b>	<b>53</b>
7.1	Lerende onderzoekers, ontwikkelaars en kennismakelaars	53
7.2	Rollen van onderzoekers, ontwikkelaars, kennismakelaars en hun financiers	54
7.3	De rol van opleidingen	54
7.4	Een jeugdveld c.q. jeugdstelsel dat samen lerend doet wat werk	55
7.5	Enkele voorbeelden uit de kennispraktijk	56
<b>8</b>	<b>Wat is er nodig om ‘samen lerend te doen wat werkt’?</b>	<b>58</b>
8.1	De kernboodschap	58
8.2	Van visie naar actie: hoe pakken we dat aan?	58
<b>9</b>	<b>Tot slot</b>	<b>61</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>62</b>
	<b>Bijlagen</b>	<b>65</b>
	Bijlage 1: Input vooraf van de deelnemers aan de denktank	65
	Bijlage 2: Hulpmiddelen voor een effectief jeugdstelsel	70
	Bijlage 3: Deelnemers aan de denktank Evidence-based practice in de jeugdhulp	72

# Managementsamenvatting: Samen lerend doen wat werkt

## Aanleiding en inleiding

Om de best mogelijke zorg en begeleiding te bieden aan jeugdigen en gezinnen en hen zo goed mogelijk te helpen zich te ontwikkelen, is het van belang kennis te gebruiken over bijvoorbeeld de normale ontwikkeling van jeugdigen, aard en oorzaak van problemen bij jeugdigen en in gezinnen en het effectief aanpakken van die problemen. Daarvoor is in de jeugdhulp de afgelopen vijftien jaar een brede beweging op gang gekomen onder de noemer 'evidence-based' werken. Een beweging waar altijd al mogelijkheden en grenzen in werden gezien.

Sinds de decentralisatie van de jeugdhulp naar de gemeenten wordt er weer meer gesproken over de mogelijkheden en de grenzen van evidence-based werken. Maar wat is dat nu precies? En waarom was dat ook alweer belangrijk? Niet iedereen blijkt daar hetzelfde onder te verstaan. En als het gaat om de beschikbare kennis, lijkt die niet voor alle betrokkenen even bruikbaar of nodig. Dat speelt niet alleen binnen de jeugdhulp, maar ook breder in de zorg het sociale domein. Verschillende partijen in de jeugdhulp en het (sociaal-) pedagogisch werk hebben daarnaast met verschillende problemen en doelstellingen te maken. Instellingen, gemeenten, professionals, cliënten en kennisinstellingen in de jeugdhulp spraken wat evidence-based werken betreft dus langs elkaar heen, en misten daardoor aansluiting. Het ontbreken van een gemeenschappelijke visie belemmert de ontwikkeling van een leer- en verbeterbeweging met als doel om meer maatschappelijk resultaat te boeken, zodat jeugdigen kansrijker kunnen opgroeien.

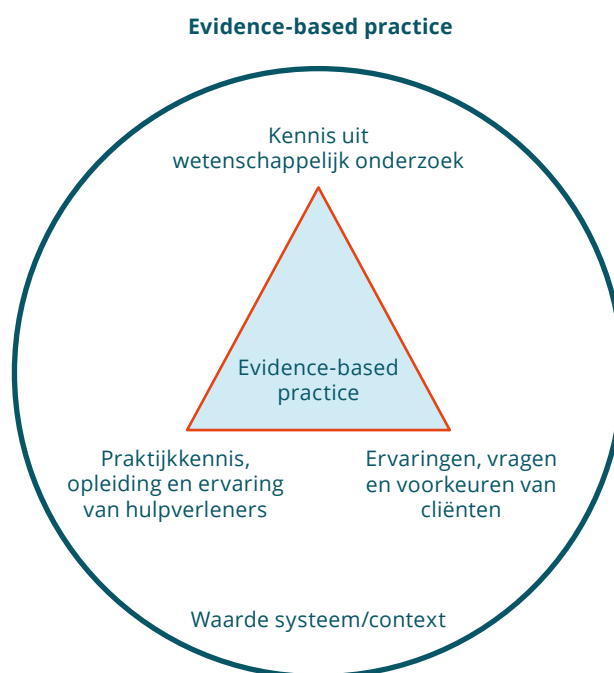
Daarom is een brede denktank samengesteld met de belangrijkste partijen in het jeugdveld, om tot een gezamenlijke visie te komen op het evidence-based werken (het bevorderen van 'evidence-based practice') in de aanpak van jeugd-, sociale- en opvoedingsvraagstukken, en om een gezamenlijke agenda op te stellen. Met als uiteindelijk doel dat partijen een gezamenlijk realistisch beeld hebben van de mogelijkheden en beperkingen van evidence-based werken en wat de consequenties daarvan zijn voor de verhouding tussen bijvoorbeeld onderzoek en praktijk. De 'belangrijkste partijen' zijn aanbieders van zorg en welzijn, beroepsorganisaties, cliënten-organisaties, gemeenten, onderzoeksinstituten en -financiers, opleidingen en kennisinstituten.

## Evidence-based werken in de jeugdhulp, kader en kritiek

Bij evidence-based werken worden drie soorten kennis en ervaring geïntegreerd:

- kennis en ervaring uit opleiding en beroepspraktijk van professionals
- ervaringskennis en voorkeuren van cliënten of burgers
- de beschikbare wetenschappelijke kennis.

Die integratie van kennis en ervaring vindt plaats binnen de context van het probleem of het doel waaraan gewerkt wordt. Het resultaat is dat er in de praktijk een aanpak wordt gebruikt die het beste werkt voor jeugdigen en gezinnen.



De afgelopen decennia is er onbedoeld geleidelijk aan een verdere verwijdering ontstaan tussen professionals die vooral gericht zijn op het in praktijk brengen van wetenschappelijke kennis over wat bewezen werkt, en professionals die vooral hechten aan praktijkervaring en de dialoog met cliënten. Als we de transformatiedoelen van de decentralisatie samen effectief willen vormgeven, moeten deze twee groepen elkaar weer vinden. Van elkaar leren met inzet van kennis is daarin de kern.

In het huidige evidence-based werken is veel nadruk komen te liggen op het gebruik van kennis uit (liefst gerandomiseerd) wetenschappelijk onderzoek,



interventies en richtlijnen. Het is daardoor vooral iets van wetenschappers en gespecialiseerde professionals geworden die werken met vragen *op de hoge grond*, die met bewezen effectieve interventies zijn op te lossen. Daarmee verminderde de bruikbaarheid van deze manier van denken en werken voor minder op diagnostiek en interventies gerichte sectoren en professionals, zoals het sociaal pedagogisch werk en de nieuwe wijkteams. Zij werken meer met complexe *moerassige vragen* waarin de effectieve interventies onvoldoende helpen en waarbij zij met hun vakmenschapschap de complexiteit van de vraag moeten aangaan en met de cliënt of burger moeten gaan exploreren wat werkt. Bij hen bestond en bestaat juist weerstand tegen het evidence-based denken.

Om het evidence-based denken weer beter bruikbaar te maken voor het brede jeugdveld en sociale domein, moeten we zoeken naar werkzame factoren en elementen in de praktijk, kennis gebruiken bij het ontwikkelen van maatwerk, en leren van de alledaagse praktijk. En openstaan voor *out of the box*-vernieuwing. Het monitoren van werkwijzen en de uitkomsten ('outcome') in de praktijk helpt hierbij. Maar een fixatie op cijfers moeten we zien te voorkomen; het verhaal achter die cijfers is net zo belangrijk. Het is *tellen* en *vertellen*. Op die manier ontstaat een betekenisvolle meet-spreek-verbeterbeweging, waarbij kennis *ontwikkelen* en kennis *gebruiken* aan elkaar verbonden raken.

Om daarbij ook de balans in de 'driehoek' van evidence-based practice (zie afbeelding) te herstellen, moeten het vakmenschapschap van professionals en de ervaringskennis van cliënten opnieuw gewaardeerd worden. Wetenschap of kennis gaat op macroniveau immers over gemiddelden en variëteit. Bij het toepassen van kennis in de praktijk van zorg en welzijn heb je dus vakmensen nodig die kunnen inschatten hoe die kennis kan worden toegepast gegeven de problemen, wensen en voorkeuren, en de ervaringen van cliënten (of burgers, gezinnen).

Daarnaast bestaan voor veel problemen of specifieke situaties nog geen bewezen-effectieve oplossingen, zeker niet in het licht van de beleidsdoelen van gemeenten. In die situaties moet er toch iets gedaan worden. Om jeugdigen en gezinnen dan toch te kunnen helpen, zijn innovaties en ontwikkelingen nodig die voortbouwen op de bestaande kennis. Onderzoekers kunnen dus geen 'primaat' veronderstellen van het onderzoek boven de praktijk. Tegelijkertijd moeten de professionals en beleidsmakers die negatief staan ten opzichte van het evidence-based werken zich openstellen voor het gebruik van wetenschappelijke kennis.

### **Een nieuwe visie: samen lerend doen wat werkt**

Voor evidence-based werken in zorg en welzijn voor jeugdigen en gezinnen (zowel in de uitvoering, als bij het beleid en de inkoop die daarvoor het kader vormen) leidt

deze gedachtegang tot een nieuwe visie: 'samen lerend doen wat werkt'. Deze visie bestaat uit twee onderdelen:

- Samen leren en ontwikkelen: er is een doorgaande beweging nodig om problemen steeds beter te kunnen voorkomen en aanpakken.
- Doen wat werkt: de beschikbare kennis over wat werkt bij beleid, inkoop, preventie, begeleiding en behandeling moet gebruikt worden bij de aanpak.

Deze visie doet recht aan wat er al ontwikkeld is én wat er nog ontwikkeld moet worden. Ook bij innovatie en experimenten moet er immers bestaande kennis gebruikt worden en moet worden geëvalueerd of wat bedacht is ook echt werkt.

Deze visie onderstreept ook het doel van professionele inzet: bij problemen van jeugdigen en gezinnen zodanig ondersteuning bieden dat mens en gemeenschap weer in staat zijn om de problemen in eigen kring op te lossen en verder te kunnen. Samen lerend doen wat werkt leidt zo tot betere resultaten en tot een doelmatige professionele inzet.

Aan de hand van vier kernvragen kunnen partijen in het jeugdveld beoordelen in hoeverre zij bij problemen en doelstellingen volgens de nieuwe visie werken:

- Wat weten we over de aard en oorzaak van het probleem en de doelstelling?  
Hierbij gaat het om kennis over het probleem (maatschappelijk probleem, hulpvraag, diagnose; beschermende en risicofactoren) en over het doel van een bepaalde aanpak of interventie (behandeldoelen, innovatiedoelen, beleidsdoelen).
- Wat weten we over wat werkt bij de aanpak?  
Hierbij gaat het om kennis over de effectiviteit van interventies, over de werkzame elementen die gebruikt kunnen worden om nieuwe aanpakken en interventies te ontwerpen, over de algemeen werkzame factoren en competenties van professionals, en natuurlijk over de beschermende factoren en risicofactoren.
- Doen we ook datgene waarvan we weten dat het werkt?  
Hierbij gaat het om het gebruik van kennis over effectieve of goed onderbouwde interventies, richtlijnen, werkwijzen; over effectief beleid en inkoop; en het aannemelijk maken dat een nieuw ontwikkelde aanpak kan werken op basis van beschikbare kennis.
- Werken we lerend?  
Hierbij gaat het om het monitoren of meten van uitkomsten van het beleid of het handelen, met de bedoeling om daarmee te kunnen reflecteren op die uitkomsten; en het gebruik van meetresultaten om het beleid of het handelen bij te stellen en op die manier bij te dragen aan de verdere ontwikkeling van de kennisbasis ('body of knowledge').

Partijen in het jeugdveld stellen deze vragen zowel individueel als collectief, zowel aan zichzelf als aan elkaar.

### De kernboodschap en het denkschema

Deze uitwerking van samen lerend werken met gebruik van bestaande kennis is samengevat in een kernboodschap (hier geformuleerd vanuit het perspectief van de professional) en een denkschema.

#### **Kernboodschap: Samen lerend doen wat werkt**

*In de jeugdsector willen we kinderen en gezinnen zo goed mogelijk helpen, om het beste resultaat te kunnen boeken. Welke rol je ook speelt, bij datgene wat je doet put je continu uit drie bronnen: ervaringen en wensen van cliënten, eigen ervaringen uit je beroepspraktijk en kennis uit onderzoek.*

*Bij elk van deze bronnen bouw je voort op de collectieve kennis die in de sector aanwezig is. Wie op die manier werkt, leert daar iedere keer van. Je reflecteert. Je past aan waar nodig. En je durft te stoppen met dingen die niet werken.*

*Zo verbeter je continu je eigen handelen, het handelen van je collega's en de kwaliteit van de hulp die je samen nastreeft, in het belang van cliënten.*

#### **Van theorie naar praktijk: stel jezelf en elkaar vragen**

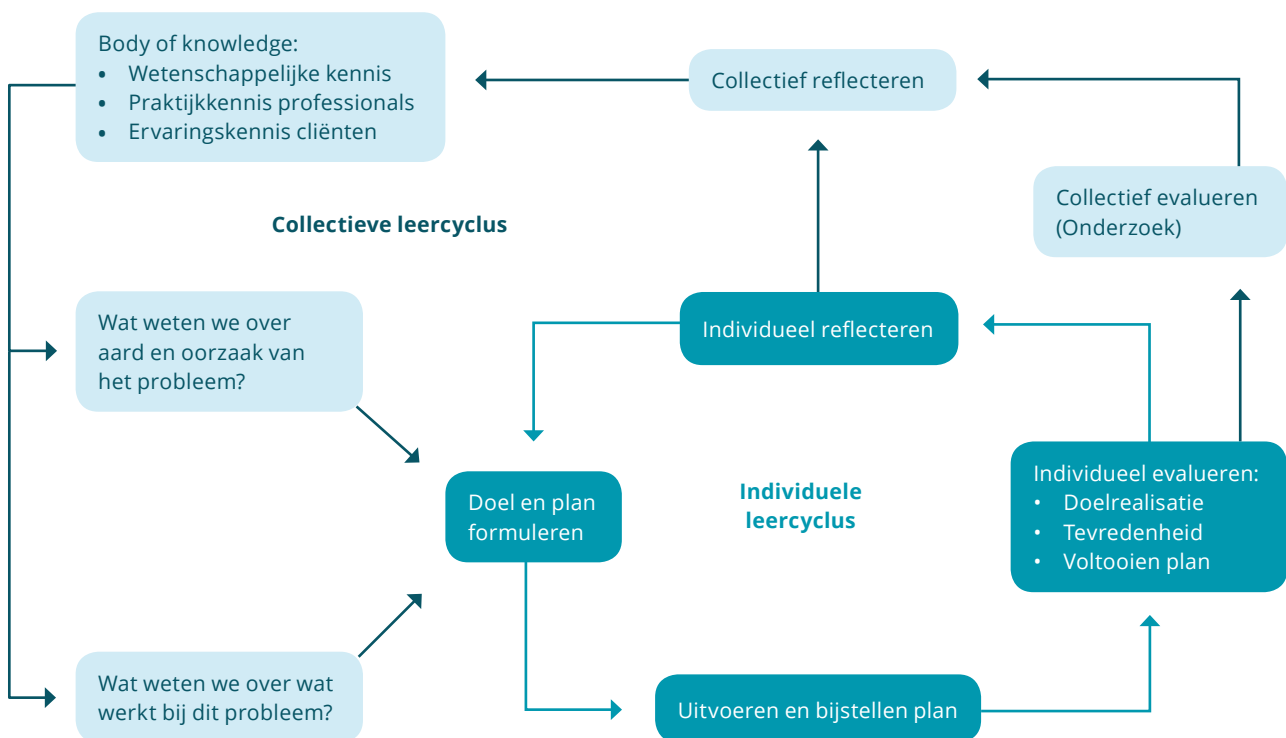
Om de kwaliteit van de uitvoeringspraktijk te toetsen, hebben we voor de verschillende partijen in het jeugdveld

voorbeelden voor korte checklists met kwaliteitsvragen samengesteld: voor cliënten en burgers, voor professionals, voor aanbieders van zorg en welzijn, voor gemeenten en voor onderzoekers en ontwikkelaars. Aan de hand van deze vragen kan de werkwijze beoordeeld worden. Ze kunnen gebruikt worden om op specifieke onderdelen het gesprek aan te gaan, om vervolgens tot een betere werkwijze te komen.

#### **Naar een gezamenlijk lerend jeugdveld dat doet wat werkt**

Wij nodigen cliënten/burgers, professionals, aanbieders van zorg en welzijn, gemeenten en kenniswerkers (en hun koepels en financiers) uit om op basis van de visie 'samen lerend doen wat werkt' met elkaar in gesprek te gaan over de verbinding tussen lerend werken en het gebruik van kennis uit wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis van hulpverleners en ervaringskennis van cliënten. Omdat we alleen op die manier de beste zorg en begeleiding kunnen bieden aan jeugdigen en gezinnen. De deelnemers aan de denktank zijn van harte bereid daar ondersteuning bij te bieden.

Voor ons is dit een eerste stap. We geloven erin dat we het samen beter kunnen doen door lerend te doen wat werkt, zodat jeugdigen en gezinnen zich veiliger, gezonder en kansrijker kunnen ontwikkelen.





# 1 Inleiding: waarom een document over ‘samen lerend doen wat werkt’?

## 1.1 Aanleiding en opzet denktank

### Het knelpunt

De afgelopen vijftien jaar is er in de jeugdhulp een beweging gaande richting ‘evidence-based practice’. Sinds de verantwoordelijkheid voor de jeugdhulp is overgedragen naar gemeenten, blijkt er echter onduidelijkheid te bestaan over wat dat precies inhoudt. Verschillende betrokken partijen hebben niet altijd inzicht in actuele ontwikkelingen, en houden er verschillende interpretaties en kritieken op na. Daardoor zijn er misverstanden ontstaan over deze werkwijze. Omdat het debat daarover niet expliciet gevoerd wordt, blijven die misverstanden voortbestaan. Die dreigen nu de vanzelfsprekendheid en de noodzaak van evidence-based werken te ondergraven en spelers in het veld (wetenschappers, kennisinstituten, veldinstellingen, professionals, gemeenten) uit elkaar te drijven. Sommigen zien evidence-based werken zelfs als ‘oud denken’, dat past bij ‘medicalisering’ en als iets wat de vooruitgang en innovatie die noodzakelijk zijn voor de transformatie van de jeugdhulp in de weg staat. Evidence-based werken heeft een ontwikkeling tot stand gebracht in de manier waarop er gekeken wordt naar interventies. Van alleen denken in effectieve interventies is de aandacht verlegd naar ook de algemeen werkzame factoren en werkzame elementen van interventies. De achtergrond van deze ontwikkeling is niet voor iedereen helder. In het verlengde daarvan geldt dat ook voor de positie van een kennisinstituut als het Nederlands Jeugd-instituut. Buiten, maar soms ook binnen ons instituut, blijkt daar onduidelijkheid over te bestaan.

In de ene deelsector van het jeugdveld heeft evidence-based werken veel meer terrein gewonnen dan in de andere; in de jeugd-ggz is evidence-based werken bijvoorbeeld gemeengoed aan het worden, terwijl binnen het sociaal domein veel meer wordt gewerkt vanuit de houding ‘doen wat nodig is’. Binnen het gemeentelijke veld bestaat er veel weerstand tegen de werkwijze, en ook die komt naar onze inschatting voort uit misverstanden.

De beweging richting evidence-based werken wordt ook wel de ‘meet-spreek-verbeterbeweging’ genoemd. Dat houdt ook verband met de aandacht die er in de sector is voor het versterken van de professionaliteit en het vakmanschap van de werkers in de jeugdhulp. Voorbeelden daarvan zijn de verschillende academische werkplaatsen en andere lokale initiatieven die zich ontwikkelen naast en in verbinding

met de ZonMw-programma’s *Zorg voor jeugd en Effectief werken in de jeugdsector*, de al langer bestaande initiatieven als de DEI (Databank Effectieve Jeugd-Interventies, de databank Wat Werkt, de ROM (Routine Outcome Monitoring) in de jeugd-ggz en het SEJN (Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland), en de programma’s *Professionalisering Jeugdhulp en Jeugdbescherming* en *Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming*.

Binnen de sector is er dus veel geïnvesteerd in de ontwikkeling van een evidence-based praktijk. Het ontbreekt echter aan een samenhangend programmatisch kader en aan afstemming tussen al die initiatieven. Het is dan ook de vraag hoe deze ontwikkeling het beste kan aansluiten op de transitie en transformatie van de zorg voor de jeugd.

### Het vertrekpunt

Een basisgedachte van de transformatie is dat zij moet leiden tot een doeltreffender en doelmatiger jeugdstelsel. In dat licht is de ontwikkeling naar meer evidence-based werken niet in tegenspraak met de transformatie, ze zouden elkaar door een goede verbinding juist kunnen versterken. Een manier om die verbinding weer vanzelfsprekend te maken, is teruggaan naar de basis van evidence-based practice en dit verder ontwikkelen naar een vorm van waardegedreven weten en doen wat werkt.

Om dit te bereiken werd door de directie van het Nederlands Jeugdinstituut nodig geacht dat de belangrijkste partijen in het jeugdveld:

1. gezamenlijk kritisch kijken naar de ontwikkelingen in het veld en de kritieken op evidence-based practice. Wat betekenen ontwikkelingen zoals databanken, ROM, SEJN, richtlijnen, ZonMw-programma’s voor het veld? Hoe kunnen we de kritieken vanuit het veld duiden?
2. een gezamenlijke visie ontwikkelen op evidence-based practice; op thema’s als effectieve interventies, werkzame factoren, richtlijnen, praktijkvoering, professionaliteit, innovatie en zorginkoop mede in het licht van de transformatieopgaven. Wat verstaan we eronder? Wat willen we ermee bereiken? Voor welk probleem was het ook alweer een oplossing?
3. de visie, de ontwikkelingen en de kritieken verbinden in een gezamenlijke, perspectief biedende werkagenda voor het veld.

### De aanpak: een denktank

Om de drie bovenstaande actiepunten uit te werken, heeft

het Nederlands Jeugdinstituut het initiatief genomen om de belangrijkste stakeholders (aanbieders zorg en welzijn, beroeps- en cliëntenorganisaties, gemeenten, kennisinstituten) via gezaghebbende, invloedrijke personen samen te brengen in een ‘denktank’ onder leiding van een prominente externe voorzitter.

### Het beoogde resultaat

We streven naar een gezamenlijk basisdocument dat richtinggevend is voor de verschillende kenniscentra, overheden en veldpartijen in de verdere ontwikkeling van de evidence-based practice in de preventie, de jeugdhulp en de transformatie daarvan naar een doelgericht, doeltreffend en doelmatig jeugdstelsel. Een document waarin de verschillende werelden van kennis, praktijken en beleid verbonden worden en dat leidt tot een gezamenlijke visie en werkagenda.

Het document moet ook helpen verschillende lopende trajecten (Databank Effectieve Interventies, databank Wat Werkt, SEJN, richtlijnontwikkeling, academische werkplaatsen, outcome-monitoring, ZonMw-programma’s et cetera) met elkaar te verbinden in een gezamenlijk perspectief en kader over de deelsectoren heen.

### De deelnemers

Om voldoende diversiteit in de groep te hebben, maar deze ook niet te groot te laten worden, werken we met deelnemers die kennis uit een achterban of werkveld kunnen inbrengen, maar er niet als formele vertegenwoordigers zitten. De deelnemers moeten draagvlak in en een communicatielijn naar hun achterban of werkveld hebben. Het secretariaat wordt gevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut.

De denktank is als volgt samengesteld (zie voor de personele invulling Bijlage 4: Deelnemers aan de denktank Evidence-based practice in de jeugdhulp’):

- een onafhankelijke gezaghebbende externe voorzitter
- twee vertegenwoordigers van de kennisinstituten
- vier deelnemers vanuit de grootste jeugdsectoren (welzijn & maatschappelijke dienstverlening, jeugdgezondheidszorg, jeugdzorg, jeugd-ggz)
- twee deelnemers vanuit de universiteiten en hogescholen
- twee deelnemers uit de wo- en hbo-beroepsverenigingen rond jeugd
- twee deelnemers vanuit de cliëntenorganisaties
- twee deelnemers vanuit de gemeenten (een grote en een kleinere; een ambtenaar en een wethouder).

De directeur Effectiviteit en Vakmanschap van het Nederlands Jeugdinstituut treedt op als secretaris. Daarnaast zijn andere medewerkers van het Nederlands Jeugdinstituut en van Movisie ingezet in de voorbereiding en uitwerking van de denktanksessies.

## 1.2 Leeswijzer

In deze publicatie bundelen we de voortschrijdende inzichten uit de sessies van de denktank evidence-based practice in de jeugdhulp. Zij is bedoeld als achtergronddocument voor nog te ontwikkelen eindproducten, zoals korte notities, brochures, factsheets, presentaties en/of andere communicatiemiddelen die op de verschillende spelers in het jeugdveld zijn afgestemd.

Hoofdstuk 2 van deze publicatie is gebaseerd op de notitie waarin de ontwikkeling van evidence-based werken in het algemeen en in het jeugdveld in het bijzonder is samengevat, en de actuele discussies hierover. Die notitie is opgesteld voorafgaand aan de eerste denktanksessie.

In de eerste sessie zijn we met die achtergrondinformatie en gebruikmakend van de resultaten van een interviewronde onder de deelnemers, vooral nagegaan hoe elke deelnemer aan de denktank tegen evidence-based practice aankeek. In hoofdstuk 3 zijn de resultaten van de interviews en die eerste sessie verwerkt.

Op basis van discussienotities van Bram Orobio de Castro met voorstellen voor nieuwe definities voor evidence-based werken, en van Tom van Yperen over het sturen op kwaliteit in de jeugdhulp kwamen we in de tweede denksessie tot een ruwe schets van het gemeenschappelijke begrippenkader. In de derde sessie bespraken we de tussentijdse samenvatting van de inzichten tot dan toe. In hoofdstuk 4 geven we een aanzet voor verdere uitwerking daarvan voor de verschillende actorgroepen: gemeenten, instellingen, professionals en cliënten/burgers.

In de daaropvolgende vier sessies focussten we op deze vier belangrijkste actorgroepen. De resultaten van deze sessies hebben we uitgewerkt in hoofdstuk 5 en 6. Deze hoofdstukken beginnen steeds met een begrippenkader ‘samen lerend doen wat werkt’ voor deze actorgroepen. Daarbij komen ook hun interacties in respectievelijk de uitvoeringspraktijk (cliënten/burgers en professionals; hoofdstuk 5) en de beleidspraktijk (instellingen en gemeenten; hoofdstuk 6) aan bod. Vervolgens beschrijven we enkele voorbeelden uit de praktijk en reflecteren we op de verbinding tussen begrippenkader en praktijk. In hoofdstuk 7 voegen we hier een uitwerking aan toe van de kennispraktijk en de rol van onderzoekers, ontwikkelaars en kennismakelaars in een lerend jeugdstelsel.

In de laatste twee sessies werkten we toe naar een kernboodschap en vanuit een implementatiemodel naar een werkagenda. Dit hebben we op hoofdlijnen weergegeven in hoofdstuk 8. Hoofdstuk 9 bevat ten slotte de kernpunten uit deze publicatie voor wie daar in de praktijk mee aan de slag wil.

Literatuurbronnen waarnaar in de tekst verwezen wordt, zijn opgenomen in de literatuurlijst achter in dit document. Overige verwijzingen zijn als voetnoten opgenomen.

## 2 Evidence-based practice: de stand van zaken

Om tot een gemeenschappelijk vertrekpunt te kunnen komen, is in de voorbereiding op de denktankbijeenkomsten op hoofdlijnen de herkomst en de ontwikkeling van evidence-based practice beschreven en zijn de belangrijkste discussies samengevat die hierover spelen. Dit hoofdstuk biedt een weerslag van die analyse.

In de eerste paragraaf geven we weer welke definities van het begrip ‘evidence-based practice’ het meest gangbaar zijn. In paragraaf 2.2 staan we stil bij het ontstaan van en de hedendaagse kritiek op de evidence-based medicine<sup>1</sup> omdat het denken in termen van evidence-based practice is afkomstig uit de geneeskunde. De discussie in dat vakgebied heeft duidelijke parallellen met de discussie binnen de jeugdhulp. En de kinder- en jeugdpsychiatrie – onderdeel van de jeugdhulp – heeft zich de afgelopen jaren sterk in die traditie ontwikkeld.

In paragraaf 2.3 beschrijven we de ontwikkeling van evidence-based practice in de jeugd- en opvoedhulp, de huidige situatie en de actuele discussie die daar gevoerd wordt. Na een beschrijving van de invloed van de transitie van de jeugdhulp naar de gemeenten (paragraaf 2.4), sluiten we het hoofdstuk af met enkele conclusies (paragraaf 2.5) en vragen voor de verdere discussie (paragraaf 2.6). Het hoofdstuk is gebaseerd op literatuur over evidence-based practice en de kennis en ervaring hierover van experts binnen het Nederlands Jeugdinstituut en Movisie. Referenties zijn als voetnoten opgenomen onder de tekst.

### 2.1 Wat wordt verstaan onder evidence-based practice?

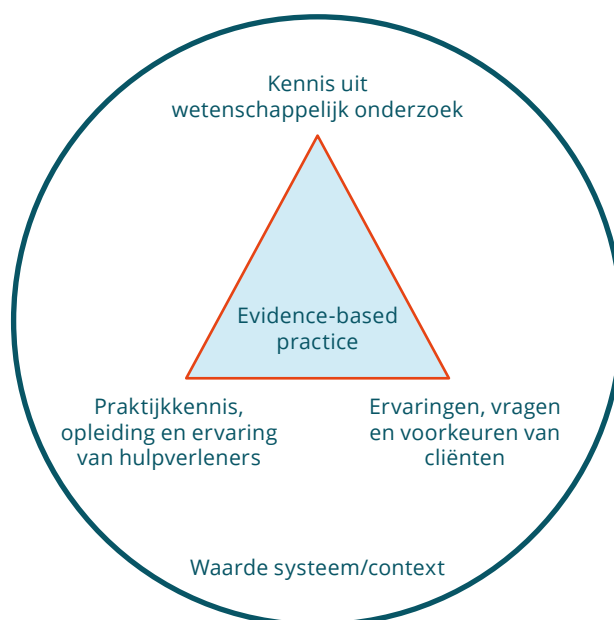
Onder evidence-based practice (EBP) verstaan we de gewetensvolle, expliciete en oordeelkundige integratie van drie zorgvuldig te onderscheiden kennisbronnen met als doel de beste beslissingen te nemen voor individuele patiënten, cliënten of burgers. De kennis uit de ene bron kan daarbij soms strijdig zijn met kennis uit een andere bron; desondanks moeten ze met elkaar in verbinding worden gebracht.

Het gaat daarbij om:

1. de best beschikbare kennis uit wetenschappelijk onderzoek (research-based kennis), die geïntegreerd moet worden met

2. de best beschikbare kennis van hulpverleners en praktijkwerkers, gebaseerd op opleiding en ervaring (expert-based of practice-based kennis) en
3. de best beschikbare kennis over ervaringen, vragen, voorkeuren en verwachtingen van cliënten (client-based kennis)<sup>2</sup>.

Figuur 2.1. Model voor evidence-based practice



Deze visie op evidence-based practice wordt vaak weergegeven in een driehoek (zie figuur 2.1).

Op het niveau van individuele contacten van professionals met cliënten leidt deze werkwijze tot het integreren van ‘research evidence’ in ‘clinical expertise’ en ‘unique patient values and circumstances’.

Op collectief niveau gaat het dan om algemene kennis uit de wetenschap, praktijkervaring van professionals en ervaringen, vragen en voorkeuren van cliënten.

De kennis die wordt bedoeld gaat niet alleen over werkzame interventies en aanpakken, maar ook over algemeen werkzame factoren in zorg en welzijn en werkzame elementen van interventies en aanpakken.

<sup>1</sup> Om misverstanden te voorkomen: het feit dat een denktrant en terminologie uit de geneeskunde is overgenomen betekent niet dat ook het ‘medische model’ in de hele hulpverlening is of zou moeten worden overgenomen.

<sup>2</sup> Zie bijvoorbeeld [https://nl.wikipedia.org/wiki/Evidence-based\\_practice](https://nl.wikipedia.org/wiki/Evidence-based_practice).

Verschillende groepen professionals uit verschillende kennisdomeinen binnen de jeugdhulp (zorg, welzijn, juridisch) leggen bij het integreren van de drie kennisbronnen verschillende accenten in de onderlinge weging. Ook de verhouding tussen kennis over algemeen werkzame factoren in zorg en welzijn, kennis over effectieve interventies en aanpakken, en kennis over werkzame elementen van die interventies en aanpakken wordt door verschillende groepen professionals en kennisdomeinen op verschillende manieren gewogen.

Zorg en ondersteuning worden echter niet alleen geboden vanuit beschikbare kennis, maar altijd ook vanuit bepaalde waarden. Kennis van waarden (en de daaruit afgeleide normen) in het veld is van belang om 'gewetensvol, expliciet en oordeelkundig' goede afwegingen te kunnen maken over het gebruik van kennisbronnen. Kennis moet altijd binnen de context van een vigerend waardesysteem geplaatst worden (Kuhn, 1962). Binnen die context wordt op basis van de kennisbronnen gewerkt aan een evidence-based practice. Dat symboliseert de cirkel om de driehoek heen in figuur 2.1. Dat is met name relevant wanneer er politieke keuzes gemaakt moeten worden. Dan blijken niet alleen wetenschappelijke overwegingen een rol te spelen (nadruk op passende beleids- en handelingstheorieën en wetenschappelijke kennis over gedragwijzen en interventiemogelijkheden), maar ook juridische (nadruk op vertrouwen op het recht, rechtsgelijkheid, rechtszekerheid en vrijheid van willekeur), economische (nadruk op beperkte middelen en verdelen van schaarste) en politiek-bestuurlijke (nadruk op het oplossen van ten minste enkele problemen voor de samenleving; bijdragen aan de bestending van de eigen of collectieve macht; bewaken van de integriteit van de samenleving en de bereidheid tot samenwerking; inclusief de constatering dat de overheid steeds meer aan de slag moet met 'wicked problems').<sup>3</sup>

Voor pedagogiek en het sociaal werk is de betekenis van waarden groter dan voor geneeskunde of psychologie omdat dit kennisdomein minder gebaseerd is op de natuurwetenschappen. Dit heeft sterk te maken met het gegeven dat de geneeskunde meer te vragen heeft met vragen op de hoge grond kunnen door professionals met bewezen effectieve interventies worden aangepakt; terwijl de pedagogiek en het sociaal werk meer te maken hebben met *moerassige vragen* waarbij de professional met die effectieve interventies niet goed uit de voeten kan en moet gaan exploreren en daarbij de complexiteit van de vraag moet aangaan met een beroep op de eigen brede competenties en ervaring (zie Schön, 1991, en Kunneman, 2013).

Binnen het actuele waardesysteem leidt het integreren van de drie kennisbronnen tot verschillende toepassingen, bijvoorbeeld:

- evidence-based richtlijnen, standaarden, zorgprogramma's en protocollen waarin wetenschappelijke kennis wordt aangevuld en samengevoegd met praktijkervaringen van professionals en ervaringen van cliënten en gezinnen;
- een evidence-based zorgpraktijk waarin die richtlijnen et cetera door professionals worden gebruikt om in samenspraak met cliënten tot de beste beslissingen te komen. Dit is het niveau waar evidence-based practice in zijn oorspronkelijke bedoeling op gericht was: de integratie van 'research evidence' in 'clinical expertise' en 'unique patient values and circumstances';
- een evidence-based zorgbeleid (jeugdbeleid, sociaal beleid) waarin beleidsmakers aangeven welke beleidsdoelen ze met welke middelen beogen te bereiken;
- een evidence-based zorginkoop waarin financiers van zorg afspraken maken met professionals en instellingen over welke door hen te leveren zorg wordt gefinancierd;
- een evidence-based zorginnovatie, waarin de beschikbare kennis over werkzame componenten en factoren in effectieve interventies en programma's wordt gebruikt voor rationeel onderbouwde nieuwe aanpakken in de zorg voor jeugd.

Evidence-based practice gaat per definitie uit van een lerend veld met lerende organisaties en lerende professionals, die zichzelf en de zorg die ze leveren doorlopend willen verbeteren. Een veld dat divers is samengesteld en varieert van kinder- en jeugdpsychiaters tot sociaal werkers, en van instellingsbestuurders tot bijvoorbeeld bestuurskundigen bij gemeenten.

### **Kennisbasis, beleid en praktijk**

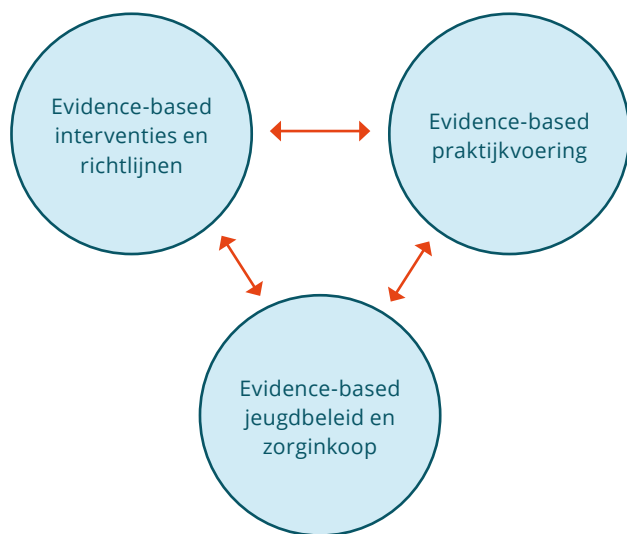
Naast deze driehoek van de evidence-based practice in engere zin, kan in deze lijn als het ware een tweede driehoek worden onderscheiden die hier nauw mee samenhangt: die van de kennispraktijk (bijvoorbeeld evidence-based richtlijnen voor de jeugdhulp), de uitvoeringspraktijk (evidence-based praktijkvoering en evidence-based zorginnovatie) en de beleidspraktijk (evidence-based jeugdbeleid en zorginkoop, waarbij bijvoorbeeld naast effectiviteit van zorg ook de kosten-effectiviteit in beeld komt). Ook hier is het onderliggende waardesysteem medebepalend voor de keuzes die gemaakt worden binnen de drie kennisbronnen.

<sup>3</sup> Zie ook Gorissen (2001).

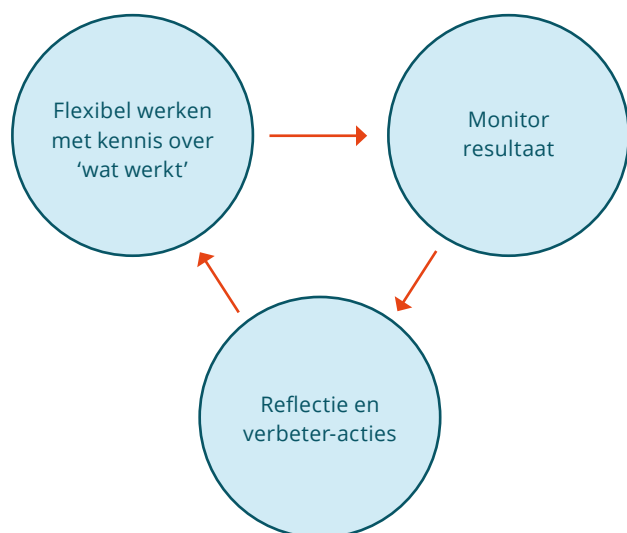


Aan de hand van een gemeenschappelijke taal, visie en werkagenda rond evidence-based practice kan de voor de verdere ontwikkeling van de jeugdhulp zo noodzakelijke verbinding tussen de kennisbronnen (van de verschillende groepen spelers in het veld), het beleid en de praktijk verder vorm krijgen. Zoals een Amerikaanse hoogleraar het recent formuleerde: ‘we need evidence based policy, but also evidence generating policy’ als we vooruitgang willen boeken.<sup>4</sup>

**Figuur 2.2. Evidence-based practice in drie speelvelden**



**Figuur 2.3. De meet- spreek- verbeterbeweging**



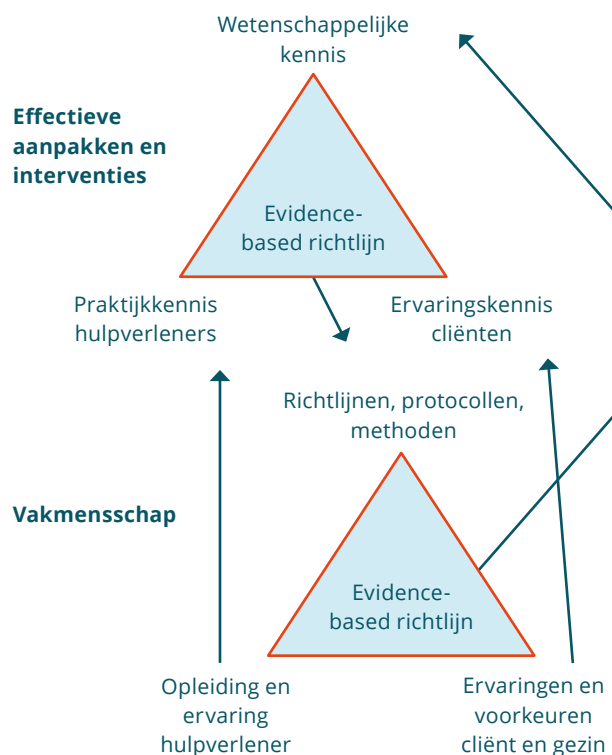
### Kennisgebruik, monitoring en reflectie

Een derde ‘driehoek’ in deze lijn wordt gevormd door de samenhang tussen kennisgebruik, monitoring van de effecten van het kennisgebruik, en reflectie op die uitkomsten, die weer moet leiden tot verbeteracties en tot lerende professionals, lerende organisaties en een lerend jeugdveld. Dit raakt dicht aan de meet-spreek-verbeterbeweging (zie paragraaf 2.4) en de plan-do-check/study-act-beleidscyclus.

### Effectiviteit en vakmenschchap

Het voorgaande maakt duidelijk dat evidence-based werken meerdere dimensies heeft en op meerdere ‘niveaus’ en speelvelden tot uiting komt. Dus niet alleen in bijvoorbeeld richtlijnen, protocollen en erkende effectieve interventies, waarin kennis uit de drie kennisbronnen wordt geïntegreerd; maar ook in de evidence-based praktijk, waarin het vakmenschchap van professionals bepalend is, die op basis van opleiding en ervaring, en in dialoog met de cliënt met diens ervaringen en voorkeuren bepaalt hoe de in richtlijnen, protocollen en methoden vertaalde kennis in dit geval het beste kan worden ingezet. In figuur 2.4 is dit uitgewerkt voor de interactie tussen richtlijnen en de professionele hulpverleningspraktijk.

**Figuur 2.4. Evidence-based werken op twee ‘niveaus’**



<sup>4</sup> Prof.dr. Andrew Harris bij een werkbezoek aan het Nederlands Jeugdinstituut op 25 april 2016.

### Het kennislemniscaat

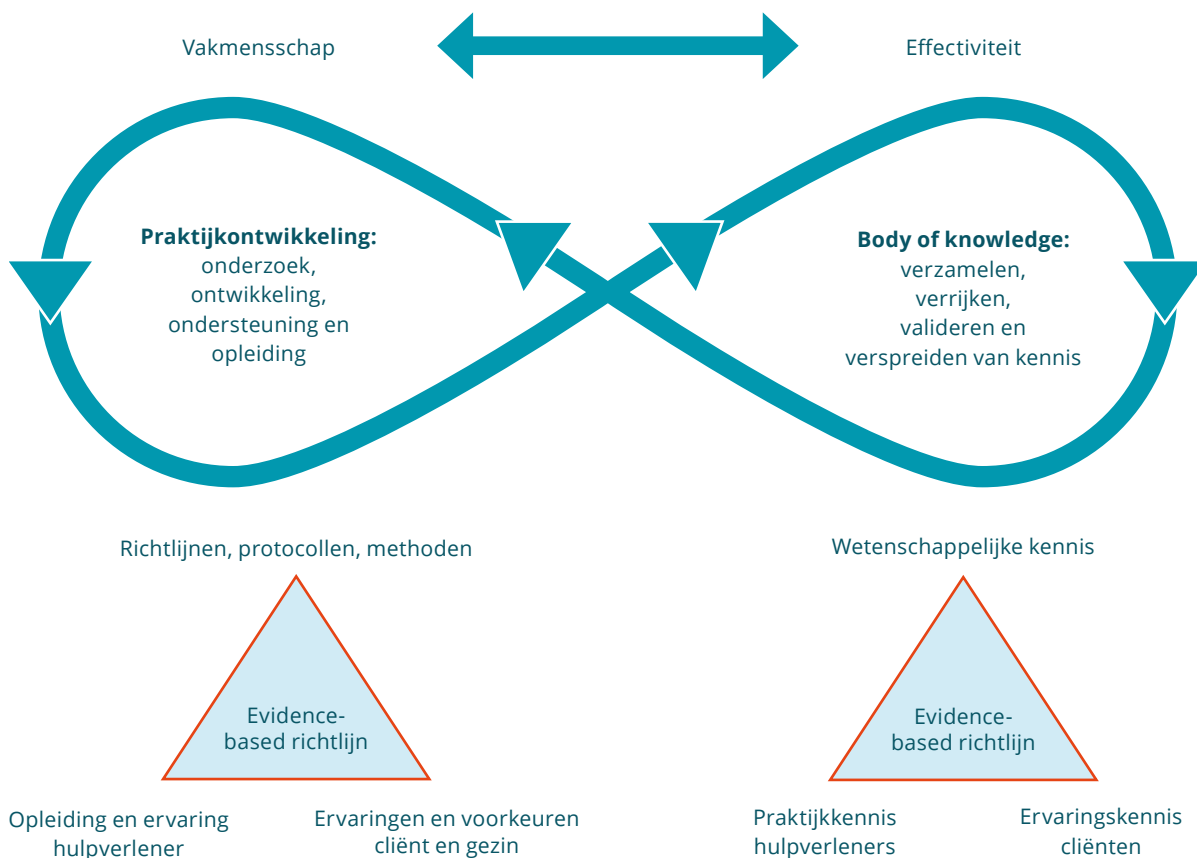
Deze dualiteit tussen kennisbasis en veldpraktijk is door het Nederlands Jeugdinstituut en andere kennisinstituten verder uitgewerkt in een ‘kennislemniscaat’ die breder zichtbaar maakt hoe kennis continu ‘stroomt’ tussen de kennisbasis en de veldpraktijk. Dit model is leidend voor de wijze waarop het Nederlands Jeugdinstituut zijn werk organiseert. Enerzijds houden medewerkers zich bezig met het onderhouden van de body of knowledge door het verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden van kennis; en anderzijds helpen zij de praktijk te ontwikkelen via onderzoek, ontwikkeling, ondersteuning en opleiding. Figuur 2.5 geeft weer hoe dat samenhangt met de eerder geschetste dualiteit tussen effectiviteit en vakmenschchap.

### 2.2 De evolutie van en de kritiek op evidence-based practice in de gezondheidszorg

Zo’n 25 jaar geleden is er in de geneeskunde een beweging op gang gekomen om van ‘eminence based medicine’ (een op gezag ofwel ‘grijze haren’ gebaseerde geneeskunde) te ontwikkelen naar ‘evidence-based medicine’ (EBM; een op kennis gebaseerde geneeskunde). Dit vanuit de constatering dat de beschikbare kennis te weinig in de klinische praktijk werd gebruikt. Ook werd geconstateerd dat verouderde methoden ongewenst lang bleven

voortbestaan doordat een oude garde van medici te weinig openstond voor het gebruik van onderzoeksresultaten van andere klinieken en universiteiten dan die van henzelf. De EBM-beweging vond zijn grond in de opkomst van de klinische epidemiologie die wetenschappelijke kennis toegankelijker maakte voor een breed gebruik door medici. David Sackett et al. (1997) werkten dit nieuwe paradigma uit en legden daarbij meteen de nadruk op de verbinding van de best beschikbare wetenschappelijke kennis met de praktijkkennis van professionals en de persoonlijke en klinische ervaringen en voorkeuren van patiënten. In de geneeskunde heeft deze beweging een grote vlucht genomen en tot successen geleid. Om de grote hoeveelheid beschikbare onderzoeksartikelen te ordenen, werden meta-analyses en systematische reviews ontwikkeld en ontstond de onafhankelijke Cochrane Collaboration<sup>5</sup> om de beschikbare kennis op een specifiek gebied te wegen; kennis verzameld via randomized controlled trials (RCT’s) kreeg daarbij een zwaar gewicht. De kennis werd vertaald in richtlijnen, standaarden, protocollen en zorgprogramma’s, bedoeld om het handelen in de praktijk te sturen. Dat gold binnen de somatische geneeskunde, maar sinds het begin van deze eeuw ook in de psychiatrie, waaronder de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Figuur 2.5 Het kennislemniscaat



Muir Gray beschrijft hoe de evidence-based healthcare zich ontwikkelde van nadruk op 'doing things cheaper' en 'doing things better' (samen: doing things right) naar 'doing the right things' (samen: doing the right things right) (Gray, 2013). Hij geeft ook aan hoe naast een evidence-based clinical practice een evidence-based public health en een evidence-based health service management te ontwikkelen zijn.

Tegelijkertijd wees Muir Gray al op het probleem van de afwezigheid van voldoende onderzoeksresultaten van hoge kwaliteit; naast andere problemen met onderzoeksresultaten, zoals publicatie-bias, het probleem om in de veelheid van publicaties de relevante te vinden, en de methodologische problemen in veel onderzoek. Dit bleken problemen te zijn die veel Cochrane systematic reviews ook parten speelden.

In de loop der jaren ontstond in de geneeskunde een grote nadruk op de wetenschappelijke kennis, waarbij de volgens de definitie te integreren praktijkkennis van hulpverleners en de ervaringskennis, vragen en voorkeuren van patiënten, ondergesneeuwd dreigden te raken. Met het toenemen van het belang van richtlijnen, protocollen, standaarden en zorgprogramma's voor niet alleen de klinische praktijk, maar ook de financiering van de zorg, ontstond steeds meer invloed vanuit de medische industrie op het wetenschappelijk onderzoek en kregen de geneesmiddelen en technische oplossingen steeds meer nadruk binnen de richtlijnen.

Deze belangenverstrengeling en de eenzijdige nadruk op wetenschappelijke kennis over deelgebieden leidden tot een kritiek op EBM, die als volgt is samen te vatten (Greenhalg, Howick & Maskrey, 2014):

- Het 'keurmerk' EBM wordt misbruikt door commerciële belangen.
- De hoeveelheid kennis is niet meer te managen.
- Statistisch significante relaties zijn niet altijd klinisch relevant.
- Richtlijnen leiden tot een zorg die meer management-gedreven is dan patiënt-georiënteerd.
- Evidence-based richtlijnen zijn slecht bruikbaar voor complexe multimorbiditeit.

Deze kritiek gaat gepaard met een pleidooi voor 'echte' EBM, waarbij:

- de zorg voor de patiënt weer topprioriteit heeft, ook vanuit ethisch perspectief;
- wordt uitgegaan van geïndividualiseerde evidence in een vorm die clinici en patiënten begrijpen;
- niet strak richtlijnen et cetera worden gevolgd, maar deze gebruikt worden bij de professionele beoordeling;
- beslissingen worden genomen samen met patiënten, in betekenisvolle conversaties<sup>6</sup>;
- wordt gebouwd op een sterke hulpverlener-patiëntrelatie en de menselijke aspecten van zorg;
- deze principes ook gebruikt worden voor een evidence-based public health.

In Nederland zien we deze kritiek onder meer terug in de beweging van de 'positieve psychiatrie', die wetenschappelijke kennis niet afwijst, maar wel weer terug op haar plaats zet als hulpmiddel voor de psychiater om in dialoog met de patiënt en diens context tot de beste beslissingen te komen (Delespaul, Milo, Schalken, Boevink & Van Os, 2016). Omdat de hoeveelheid wetenschappelijke kennis over wat werkt in de psychiatrie geringer is dan in de somatiek, is de kritiek hier ook sterker dan in de somatiek, en dat leidde tot de genoemde beweging. Bovendien werd in de (kinder- en jeugd)psychiatrie de discussie steeds meer verengd tot een discussie over zorgprogramma's en DBC's (diagnose-behandelcombinaties), waarmee men in complexe casuïstiek niet meer uit de voeten kon.

Breder in de gezondheidszorg leidde de technische benadering van gezondheid tot een nieuwe definitie van het begrip. De oude (destijds baanbrekende; 1948) definitie van gezondheid van de WHO 'Gezondheid is een toestand van volledig fysiek, geestelijk en sociaal welbevinden en is niet louter het ontbreken van ziekte of gebrek' bleek onbedoeld het begrip gezondheid en de zorg te medicaliseren. De nieuwe definitie is geformuleerd als: 'Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.'<sup>7</sup> Deze definitie sluit ook goed aan op de visie die aan de nieuwe Jeugdwet ten grondslag ligt, die ook sterk uitgaat van de eigen regie van burgers.

<sup>5</sup> Cochrane is een internationale, onafhankelijke, non-profitorganisatie met als missie zorgverleners, beleidsmakers en patiënten te helpen bij het nemen van beslissingen over gezondheidszorg. Cochrane doet dit door actuele informatie over de effectiviteit van de gezondheidszorg toegankelijk te maken in de vorm van systematische literatuuroverzichten (systematic reviews). Deze Cochrane Reviews worden online publiek gepubliceerd in The Cochrane Library. Zie: <http://www.cochranelibrary.com/>

<sup>6</sup> Zie ook Greenhalg, Snow, Ryan, Rees & Salisbury (2015).

<sup>7</sup> Zie onder andere:

- Huber et al. (2011)

- Huber, Van Vliet & Boers (2016)

- Of een filmpje met een korte uitleg: <https://www.youtube.com/watch?v=eNIVjptxJu0>

De kritiek op de evidence-based practice heeft onder meer betrekking op de eenzijdige benadering van wetenschappelijke kennis, met de randomized controlled trial (RCT) als de 'heilige graal' van het wetenschappelijk onderzoek. Op de conferentie Jeugd in Onderzoek op 14 maart 2016 werd door twee hoogleraren kinder- en jeugdpsychiatrie nog gepleit voor andere vormen van wetenschappelijk onderzoek, zoals kleinschalig praktijkonderzoek in een samenwerkingsverband van professionals, methodiekontwikkelaars en wetenschappers, en kwalitatief onderzoek. RCT's zijn met name bij complexe problematiek niet haalbaar, omdat blinderen onmogelijk is en omdat er nooit een zuivere controlegroep te vinden is (contaminatie van de controlegroep), waardoor effectiviteit niet goed is aan te tonen. Hetzelfde geldt voor onderzoek in het sociale domein. Toch kunnen creatieve onderzoekers alternatieve controle-condities construeren, waardoor er uitspraken te doen zijn over de effectiviteit van interventies. Daarnaast zijn de interventies en de te realiseren doelen soms ook zo complex, dat ze niet eenvoudig kwantitatief te meten zijn. Dan biedt methodologisch goed opgezet en uitgevoerd kwalitatief onderzoek toch nog mogelijkheden om de onzekerheid over werkzaamheid te kunnen reduceren.

Ook de Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving buigt zich over 'De belofte van wetenschap en technologie' (RVS, s.a.) en verwacht hierover voorjaar 2017 met een advies te komen. Op haar website schrijft de Raad hierover: *'In zorg en onderzoek is evidence based medicine het leidend principe voor kwaliteit. Veel data die op groepsniveau verzameld zijn, leveren de evidentie waarop richtlijnen en protocollen voor de praktijk zijn gebaseerd. Dit evidence based werken is in de curatieve zorg al langere tijd de norm. Inmiddels heeft deze aanpak ook in andere sectoren van zorg en welzijn ingang gevonden. Het is de vraag of deze aanpak van evidence based werken voldoende rekening houdt met de diversiteit en situaties van mensen. De tijd lijkt rijp voor herbezinning op evidence based medicine en de toepasbaarheid ervan in het brede domein van volksgezondheid en samenleving.'*

De Raad voert in dat kader een aantal achtergrondstudies uit over onderwerpen als 'Betekenissen van bewijs', alternatieven voor de klassieke 'evidentiepiramide' en de vraag of er nog toekomst is voor evidence-based medicine (EBM). Zij problematiseert EBM hierbij langs drie lijnen:

1. punten van kritiek die voornamelijk gericht zijn op de fundamentele van EBM; en dan vooral de conceptualisering en operationalisering van bewijs;
2. punten van kritiek die gericht zijn op de manier waarop EBM is vertaald naar bredere zorgstructuren en praktijken; zoals toezicht houden en vergoeden;
3. punten van kritiek gericht op de rol die EBM speelt in de

spreekkamer; zoals het vastklampen aan het ideaalbeeld van de kritische, literatuur interpreterende arts.

In die zin is de kritiek die op EBM wordt geleverd net zo gelaagd als de inbedding van EBM in de organisatie en uitvoering van zorg. Met andere woorden, overal waar EBM een rol speelt, valt er wel wat te verbeteren. Tot slot concludeert de Raad dat de aangedragen oplossingsrichtingen voor deze knelpunten niet eenduidig zijn. De Raad komt naar verwachting in 2017 met een advies dat poogt professionals de complexiteit te laten omarmen (in plaats van deze te reduceren) door 'bewijs' te zien als een meervoudig begrip.

### 2.3 De ontwikkeling van evidence-based practice in de jeugd- en opvoedhulp

Sinds een jaar of vijftien is het evidence-based paradigma ook aan het landen in de jeugd- en opvoedhulp. Dit is in de jaren negentig begonnen met de constatering dat de aanpak van de opvoedhulp in Nederland onderbouwing miste. Amerikaanse bezoekers vatten hun visie op de Nederlandse situatie samen als 'nice facilities – poor programs'. In de jaren daarna werd in Nederland gestart met een aantal met name in de Verenigde Staten en Australië ontwikkelde programma's, zoals *Families First, Homestart, Triple P, Moeders Informeren Moeders, Opvoeden: Zo!*, Multisysteem Therapie (MST), Functional Family Therapy (FFT), Parent Management Training Oregon (PMTO) en Kaleidoscoop. Programma's die goed waren onderbouwd, waarin er veel aandacht was voor training, supervisie, bij- en nascholing en programma-integriteit, waarin onderzoek werd gedaan naar doelrealisatie/effectiviteit en waarvoor materiaal beschikbaar was voor implementatie. Dit gebeurde in de periode dat in de EBM de nadruk al steeds meer op onderbouwing door wetenschappelijk onderzoek was komen te liggen. 'Evidence' wordt in het Nederlands vaak vertaald als 'bewijs'. Dat is op zich niet fout, maar de connotatie van 'bewijs' is in het Nederlands veel scherper dan die van het Engelse 'evidence'; in Nederland kreeg het vaak – onterecht – de betekenis van uitsluitend 'wetenschappelijk bewijs'. 'Evidence' is in het Engels echter 'the available body of facts or information indicating whether a belief or proposition is true or valid'. In ons land kwam desalniettemin veel nadruk te liggen op kwantitatief onderzoek (met name randomized controlled trials; RCT's) en te weinig op praktijkgericht onderzoek of kwalitatief onderzoek dat meer gericht is op het onderbouwen van de werkzaamheid.

Dat maakte dat hier al snel de discussie ontstond over de vraag of er naast 'science-based evidence' niet ook 'practice-based evidence' nodig is. Een duidelijke poging om de te smalle interpretatie van de evidence-based practice te corrigeren.



Daarnaast bleken de ‘evidence-based’ programma’s vaak duur en star, met verplichte certificering en hercertificering en licentiekosten. Ze werden als een keurslijf ervaren, wat de weerstand in een deel van het veld vergrootte. Er ontstond behoefte aan meer keus in goed onderbouwde programma’s en mogelijkheden om zelf ontwikkelde programma’s te onderbouwen en te laten toetsen op die onderbouwing. En behoefte aan meer inzicht in algemeen werkzame factoren die naast en/of in combinatie met effectieve interventies bijdragen aan de effectiviteit van de jeugdhulp. Tot slot ontstond er een behoefte aan inzicht in werkzame elementen binnen de verschillende interventies die in hun uitwerking soms ook veel op elkaar lijken.

### Effectieve interventies

Om interventies in de jeugdhulp te beoordelen op hun mate van evidence hebben enkele wetenschappers een ontwikkelingsgericht model uitgewerkt (Veerman & Van Yperen, 2007 en Van Yperen & Veerman, 2008). Zo ontstond de onafhankelijke Erkenningscommissie Interventies die op verzoek van ontwikkelaars interventies beoordeelt op vier niveaus (de ontwikkelingsgerichte effectiviteitsladder):

1. Goed onderbouwd (peildatum 5-6-2017: 173 interventies)
2. Eerste aanwijzingen voor effectiviteit (21; vooral observationeel onderzoek)
3. Goede aanwijzingen voor effectiviteit (24; bijvoorbeeld quasi-experimentele onderzoeken)
4. Sterke aanwijzingen voor effectiviteit (6; onderzoek met controlegroepen, zoals RCT’s).

Erkende interventies op het terrein van jeugd (peildatum 5-6-2017: 224 interventies) worden opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies<sup>8</sup> van het Nederlands Jeugdinstituut. Deze databank is niet alleen bedoeld als een ‘stand van de wetenschap’, maar vooral om een beweging te creëren en faciliteren naar een meer effectieve jeugdhulp. Het is bedoeld om ontwikkelaars te stimuleren toe te werken naar een meer gevorderd ontwikkelingsniveau (‘opwaartse druk’). Een belangrijk aandachtspunt bij de beoordeling en het gebruik is de wetenschap dat niet alleen interventies op niveau 4 als effectief gelden. Complexe interventies voor complexe problematiek zijn immers moeilijk in RCT-vorm te onderzoeken. Waar mogelijk is het zinvol dergelijk onderzoek uit te voeren; maar waar dat niet mogelijk is, is een ‘lager’ niveau van onderbouwing van effectiviteit minstens zo waardevol en bruikbaar.

Niet alle gebruikers en beschouwers van de databank hebben daar oog voor; dat geeft mede voeding aan de kritiek op de bruikbaarheid van de databank in de praktijk. In dit verband is er ook discussie over de vraag hoe kwalitatief onderzoek beter kan worden gebruikt om de werkzaamheid van interventies en aanpakken te onderbouwen.<sup>9</sup> Met name vanuit het sociale domein wordt dit sterk benadrukt, omdat met name RCT’s daar lastig zijn uit te voeren (zie ook de kritiek op de evidence-based medicine in paragraaf 2.2). Door methodisch goed uitgevoerd kwalitatief evaluatieonderzoek een plaats te geven tussen andere evaluatiemethoden – waarbij elke evaluatiemethode zijn eigen kenmerk, doel en opbrengst heeft – wordt ook daar een evaluatiecultuur gestimuleerd.

Naast de Databank Effectieve Jeugdinterventies bestaan er andere databanken met effectieve interventies op aanpalende kennisdomeinen.<sup>10</sup> Zo beheert Movisie bijvoorbeeld een databank effectieve sociale interventies (met zo’n 120 beschreven interventies<sup>11</sup>). Het Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en het Trimbos-instituut organiseren gezamenlijk voor het ministerie van Veiligheid en Justitie de Erkenningscommissie Justitiële Interventies. Zeven kennisinstituten (Nederlands Jeugdinstituut, RIVM RIVM-CGL, NCJ, Movisie, Kenniscentrum Sport, Vilans en het Trimbos-instituut) hebben inmiddels een samenwerkingsverband opgezet rond het erkennen van interventies en hebben in dat verband gezamenlijke beoordelingscriteria opgesteld (Van Dale, Zwikker, Dunnink, Bisseling & Rensen, 2013).

### Voor- en nadelen van beoordelen van interventies

Het beoordelen van interventies (planmatige en doelgerichte aanpakken of protocollen van activiteiten) als eenheid heeft voor- en nadelen. Een belangrijk voordeel is dat interventies weloverwogen combinaties van activiteiten zijn, die goed te onderzoeken zijn op effectiviteit voor de beoogde doelen en doelgroep. Het zijn ook handige ‘verpakkingen’ van die activiteiten in een methodiek, met vaak een handleiding, training en gestructureerde supervisie, waarmee praktijkwerkers goed op te leiden zijn in een effectieve aanpak. Lastig is echter dat de praktische setting of randvoorwaarden, of de doelgroep die zich in de praktijk aandient (denk ook aan culturele diversiteit), het vaak lastig maken om interventies op precies dezelfde manier uit te voeren als ze onderbouwd, onderzocht en erkend zijn. Dit heeft enerzijds tot gevolg dat professionals de interventies in

<sup>8</sup> Zie <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>

<sup>9</sup> Zie Lub (2013) en Omló, Bool & Rensen (2013).

<sup>10</sup> Zie <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies-Over-de-databank.html>.

<sup>11</sup> Zie <https://www.movisie.nl/effectieve-sociale-interventies>.

de praktijk noodgedwongen – op basis van hun praktijk-ervaring en cliëntvoorkeuren – naar eigen inzicht aanpassen; en anderzijds dat ze hun eigen interventies blijven ontwikkelen die nauw aansluiten bij hun eigen praktijk, waardoor er voor bepaalde doelgroepen steeds meer, sterk op elkaar lijkende interventies een plaats (moeten) krijgen in de databanken.

De weg die professionals hierin kiezen verschilt op hoofdlijnen per deelsector. Dit heeft te maken met de mate waarin het concept van effectief werken geworteld is. In grote delen van de jeugdzorg, de jeugd-ggz en de gezondheidsbevordering is het idee van werken met evidence-based practice algemeen geaccepteerd onder professionals. In andere sectoren, zoals de sociale sector (hoewel ook in het sociaal werk de beweging richting evidence-based practice de laatste jaren sterker wordt<sup>12</sup>) en de ouderenzorg, is hier nog veel weerstand tegen, onder meer vanuit de gedachte dat uitvoerbaarheid en lokale of setting-specifieke invulling belangrijker zijn voor een positief effect dan gebruik van gestandaardiseerde aanpakken. Ook bij de ontwikkeling van wijkteams, in het kader van de decentralisatie van de jeugdhulp naar de gemeenten, leken de standaardmethodieken vaak niet toepasbaar te zijn; althans, ze riepen in elk geval discussie op.

Het gebruik van effectieve interventies en de flexibiliteit in de uitvoering blijkt in de praktijk dus soms een moeizame combinatie. In sommige deelsectoren roept dit directe weerstand op; maar ook in de deelsectoren waar effectief werken al meer gemeengoed is, bestaat er een sterke behoefte aan flexibiliteit in de uitvoering. Aan de andere kant zijn er ook geluiden dat optimaal deskundig opgeleide professionals juist heel goed complexe casuïstiek behandelen en begeleiden met behulp van deze methodieken; zeker wanneer de werkzame elementen in die methodieken goed worden begrepen. Daar komt bij dat veel interventies die in de Databank Effectieve Jeugdinterventies zijn opgenomen niet zo strak geprotocolleerd zijn als vaak wordt verondersteld; het zijn veelal beschrijvingen van praktijken met een theoretische onderbouwing en soms ook met empirisch bewijs voor de effectiviteit. Een tiental beschreven interventies is zelfs specifiek bedoeld voor hulp aan gezinnen met complexe problematiek. Wanneer de uitkomsten van de hulp goed gemonitord worden, en

de hulpverleners handelingsgericht ondersteund worden bij het in de praktijk flexibel toepassen van de werkzame elementen van de interventie, blijken professionals er goede resultaten mee te kunnen boeken (Van Yperen, 2013).

### **Werkzame algemene factoren en werkzame elementen van interventies**

Naast de Databank Effectieve Jeugdinterventies is er daarom ook een databank Wat Werkt ontwikkeld, met kennis over werkzame elementen rond problemen, werkwijzen en doelgroepen.<sup>13</sup> Lastig daarbij is dat interventies veelal in hun geheel zijn onderzocht op effectiviteit, en niet de afzonderlijke onderdelen daarvan. Zeker bij complexe problematiek is het daarom moeilijk eensluidende uitspraken te doen over wat precies de werkzame elementen zijn. De kennis over werkzame elementen kan de kennis over effectieve interventies daarom niet simpelweg vervangen; zij is daaraan aanvullend. ZonMw financiert momenteel mede daarom een aantal consortia die voor bepaalde doelgroepen op zoek zijn naar de werkzame elementen.<sup>14</sup> Ook over beschermende factoren en risicofactoren voor jeugdproblematiek is veel kennis ontwikkeld die gebundeld is in kennisdossiers.<sup>15</sup>

Binnen het jeugdveld in Nederland is er op basis van een kennisinventarisatie in opdracht van ZonMw meer aandacht gekomen voor het zoeken naar werkzame factoren in de zorg voor jeugd (Barnhoorn et al, 2013).<sup>16</sup> In die studie is op basis van het Integratief Werkzame Factoren (IWF)-model van Pijnenburg en Van Hattum (Berk, Hoogenboom, De Kleermaeker & Verhaar, 2012) gekeken naar wat we weten over wat werkt in de zorg voor jeugd. Het IWF-model veronderstelt een wisselwerking tussen een groot aantal therapeutische factoren die (in) direct invloed hebben op de resultaten van het werken met jeugdigen en opvoeders in de jeugdsector. In het IWF-model zijn deze factoren geclusterd op drie niveaus:

- **Microniveau**

Dit betreft de directe leef- en invloedssfeer van jeugdigen/opvoeders: behalve om de jeugdigen en opvoeders zelf gaat het hier om betekenisvolle personen in hun (in)formele sociale netwerk, en om beroepskrachten, werkzaam in dienstverlenende organisaties in de

<sup>12</sup> Zie bijvoorbeeld Buchanan & Lara Montero (2015).

<sup>13</sup> Zie <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Wat-werkt>.

<sup>14</sup> Zie <http://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/nieuwe-projecten-gehonoreerd-binnen-effectief-werken-in-de-jeugdsector/>

<sup>15</sup> Zie [http://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Sterke-basis-voor-de-jeugd/Positieve-ontwikkeling-van-jeugd-en-bijvoorbeeld http://www.nji.nl/nl/Kindermishandeling-Praktijk/Ken-de-risicofactoren-voor-kindermishandeling](http://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Sterke-basis-voor-de-jeugd/Positieve-ontwikkeling-van-jeugd-en-bijvoorbeeld-http://www.nji.nl/nl/Kindermishandeling-Praktijk/Ken-de-risicofactoren-voor-kindermishandeling).

<sup>16</sup> Barnhoorn J et al. Cliënt- professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd. Verkenning van kennis en kennishiaten voor het ZonMw- programma Effectief werken in de jeugdsector. Augustus 2013.

jeugdsector, met wie zij samenwerken (formele steunbronnen). Dit microniveau is het hart van het IWF-model. De factoren die centraal staan in deze kennisinventarisatie liggen op dit niveau.

• **Mesoniveau**

Dit betreft het niveau van enerzijds de sociale (informele en formele) steunbronnen, en anderzijds de dienstverlenende organisaties ofwel professionele (formele) steunbronnen, die een rol (kunnen) spelen in het leven van jeugdigen en hun opvoeders / gezinnen.

• **Macroniveau**

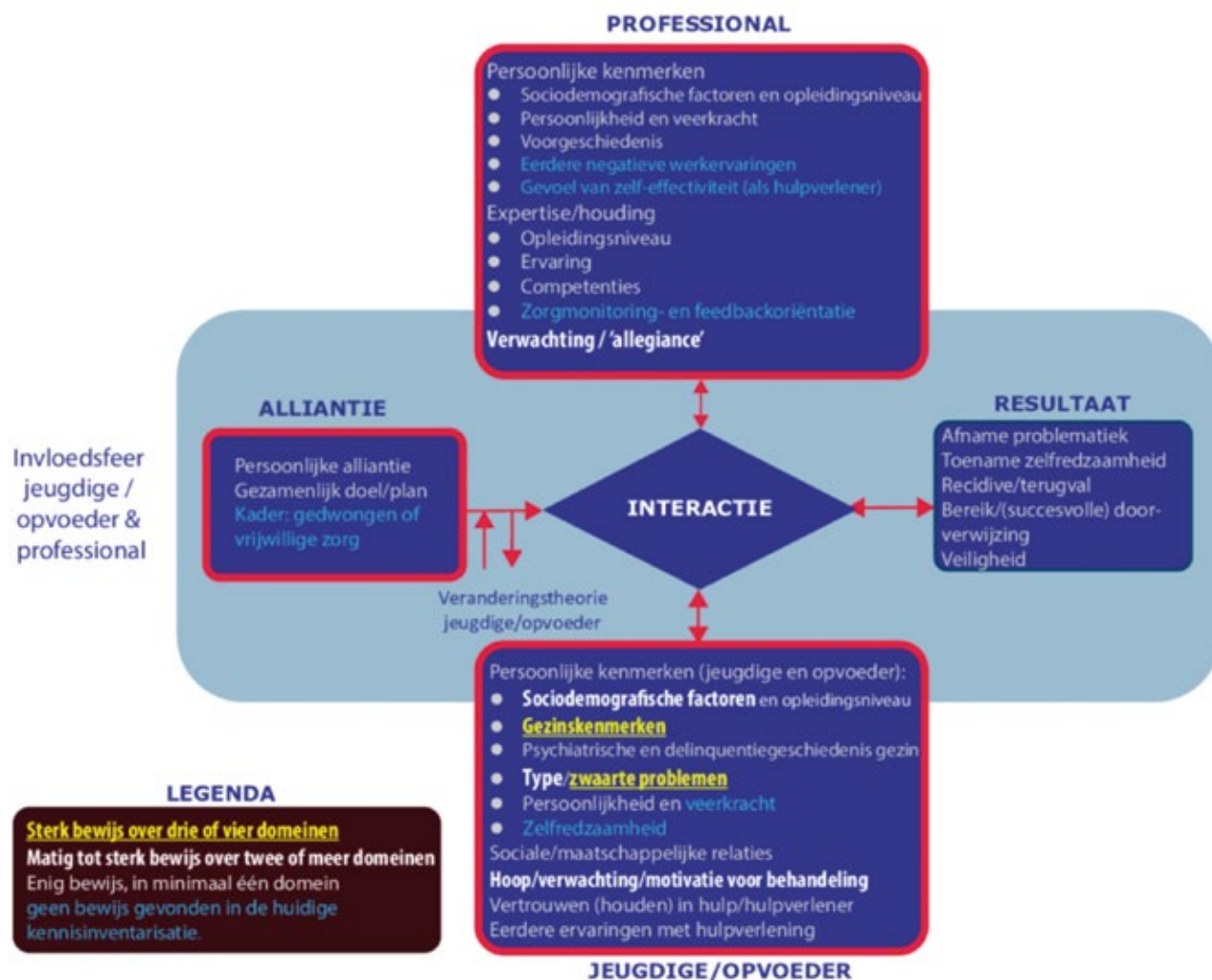
Dit betreft het (inter)nationale wetenschappelijke en sociaal-maatschappelijke kader van de jeugdsector, dat enerzijds bepaald wordt door de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, en anderzijds door het jeugdbeleid en -stelsel, en de publieke en politieke moraal op het vlak van zorg voor de jeugd.

In figuur 2.6 zijn de bevindingen van deze studie op micro niveau kort samengevat.

Bij het zoeken naar werkzame elementen wordt er binnen de interventies dieper gekeken welke onderdelen bepalend zijn voor de effectiviteit over verschillende interventies heen ('common factors and common elements'). Deze strategie wordt internationaal ook gevolgd om bijvoorbeeld sociaal werkers het evidence-based werken in hun praktijk te laten integreren (Barth et al., 2012). Ook daar zien we dat dit bedoeld is om vanuit empirisch onderbouwde programma's de gewenste flexibiliteit van professionele opvoeders te faciliteren (Mazzucchelli & Sanders, 2010). Deze ontwikkeling sluit aan op het zoeken naar 'personalized medicine' in de geneeskunde, onder andere in de kinder- en jeugdpsychiatrie (Ng & Weisz, 2016).

Werkzame elementen kunnen de sleutel bieden om 'gepersonaliseerde jeugdhulp' te bieden met gebruikmaking van de beschikbare kennis over wat werkt.

**Figuur 2.6 Werkzame factoren in zorg voor jeugd op microniveau**  
(bron: Barnhoorn et al, 2013)



## Werken aan effectiviteit in de praktijk

In de jaren 2005–2007 werd het project Zicht op effectiviteit uitgevoerd, dat onder meer leidde tot een handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg (Van Yperen & Veerman, 2008)<sup>17</sup>. Dat effectonderzoek blijkt nog steeds broodnodig. Ook vandaag de dag geldt dat de meeste interventies niet of niet voldoende wetenschappelijk zijn onderzocht om tot uitspraken te kunnen komen over de werkzaamheid, laat staan over de werkzame elementen. De kosten van gedegen onderzoek en het gebrek aan middelen voor dergelijk onderzoek zijn hier mede debet aan. Andere factoren die hier een rol bij spelen zijn onder meer: de complexiteit van interventies, de versnippering in het jeugdveld, de in veel gevallen bijna onmogelijkheid om groepen te randomiseren in een interventiegroep en een groep die ‘niets’ krijgt, en de vaak al behoorlijk hoge kwaliteit van ‘care as usual’<sup>18</sup> die leidt tot kleine verschillen met de effecten van nieuwe interventies. In de jeugdhulp is mede hierdoor minder wetenschappelijk onderzoek beschikbaar dan in de somatische geneeskunde en de psychiatrie.

In het veld van de jeugdzorg ontstond in 2008 het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland (SEJN), een samenwerkingsverband van momenteel 32 jeugdzorginstellingen en vier ondersteuningsorganisaties (waaronder het Nederlands Jeugdinstituut), die een samenhangende meet- en verbeterbeweging in de jeugdsector willen realiseren<sup>19</sup>. Gezamenlijk vormen zij een lerend netwerk dat onderlinge uitwisseling organiseert, een nulmeting op de ‘thans aanwezige zorg’ uitvoerde, gezamenlijke uitkomstindicatoren formuleerde die een belangrijke basis legde voor landelijke afspraken voor effectmonitoring (Van Yperen, De Wilde & Keuzenkamp, 2014), en een aanpak uitwerkte voor de evaluatie van zorgprogramma’s. Momenteel is het SEJN bezig met het opzetten van een lerende databank waarmee het mogelijk wordt zorguitkomsten van vergelijkbare afdelingen van verschillende instellingen met elkaar te vergelijken. Daarbij streeft het SEJN naar aandacht voor zowel uitkomsten en interventies, de algemeen werkzame factoren, als de alliantie tussen cliënt en hulpverlener. De Databank Effectieve Jeugdinterventies, het handboek Zicht op effectiviteit, het SEJN en de landelijke effectmonitoring waren samen onderdeel van eenzelfde beweging om de jeugdzorg te ontwikkelen in de richting van meer evidence-based werken.

Waar bijvoorbeeld in de kinder- en jeugdpsychiatrie al langere tijd een sterk professioneel veld bestaat dat aangeeft wat het beste gedaan kan worden voor kinderen met psychische problematiek, is in de jeugd- en opvoedhulp de laatste jaren pas een samenhangende beweging aan het ontstaan van waaruit kan worden aangegeven waar de samenleving in zou moeten investeren voor het beste maatschappelijk effect.

## Aandacht voor vakmanschap en cliëntenparticipatie

De nieuwe Jeugdwet die per 1 januari 2015 van kracht werd, schonk expliciet aandacht aan de professionalisering van de jeugdhulpwerker. Het door het Rijk gefinancierde Programma Professionalisering Jeugdhulp en Jeugdbescherming (PPJ&J) was toen al ingezet (Programma Professionalisering Jeugdhulp en Jeugdbescherming, 2015)<sup>20</sup>. Met dit programma, inclusief zijn voorlopers de ontwikkeling van het Kwaliteitskader Jeugdzorg met de Norm Verantwoorde Werktoedeling (Jeugdzorg Nederland, 2014), en de Stuurgroep Implementatie Professionalisering Jeugdzorg (STIPJ) is een stevige bodem gelegd om de professionaliteit van de brede groep werkers in de jeugdhulp en jeugdbescherming te versterken en te borgen. Voor de werkers in de jeugd-ggz en de jeugd-ivb was dit al eerder gebeurd via de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de bijbehorende verplichte beroepsregistratie. Het Kwaliteitskader Jeugd en de verplichte beroepsregistratie voor ook de jeugdprofessionals die niet onder de werking van de wet BIG vielen, betekende voor deze laatsten een inhaalslag om hen een gelijkwaardige positie te geven.

De komende periode vindt een accentverschuiving plaats van een meer vanuit de rijksoverheid geregisseerde ontwikkeling naar vooral regie bij de beroepsverenigingen, de BGZJ (de samenwerkende Brancheorganisaties in de Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd), cliëntenorganisaties en het gemeentelijke veld (ook in bijvoorbeeld het SKJ). Deze ontwikkeling maakt het met name voor sociaal werkers (die niet onder de werking van de wet BIG vielen) naar verwachting gemakkelijker om hun praktijkervaring meer terug te laten komen in bijvoorbeeld richtlijnontwikkeling. Met het PPJ&J-programma zorgt het Rijk ervoor dat er niet alleen effectieve interventies en werkzame elementen worden ontwikkeld, maar dat ook het noodzakelijke vakmanschap verder wordt ontwikkeld. Dit is een

<sup>17</sup> Een nieuwe geactualiseerde versie van dit boek komt in 2017 gereed.

<sup>18</sup> Zie onder andere Weisz et al. (2009 en 2013)

<sup>19</sup> Zie [www.sejn.nl](http://www.sejn.nl)

<sup>20</sup> Zie ook <http://professionaliseringjeugdhulp.nl/>.



belangrijke trend die deze kennisbron binnen het evidence-based werken weer meer gewicht kan geven.

De nieuwe Jeugdwet gaf ook cliënten een sterkere positie. Niet alleen werden gemeenten verplicht cliënten te raadplegen over hun beleid en de effectiviteit van het aanbod, maar in de wet werd een nieuw instrument voorgesteld: het familiegroepsplan. Elke cliënt kreeg het recht eerst een familiegroepsplan<sup>21</sup> op te stellen voordat er gebruikgemaakt hoefde te worden van een jeugdhulp-aanbod. Met name bij onvrijwillige zorg was dit een belangrijke verandering. In de vrijwillige zorg was de positie van de cliënt al langere tijd sterker aan het worden onder de noemer 'shared decision making'.<sup>22</sup> Ook bij de ontwikkeling van richtlijnen voor de jeugdhulp en de jeugd-bescherming speelde het cliëntperspectief al een rol. Het idee van één-kind-één-plan werd ook uitgewerkt in digitale hulpmiddelen<sup>23</sup> en in bijvoorbeeld een richtlijn 'Samen met ouders en jeugdigen beslissen over passende hulp'.<sup>24</sup> In de aanloop naar 2015 bundelden activistische ouder-groepen hun ervaringen en brachten die in beleidstrajecten in bij gemeenten en landelijke spelers.<sup>25</sup> Cliëntenraden deden dit in instellingen al langer, maar kregen met de Jeugdwet een sterkere positie; ook door bijvoorbeeld te participeren in adviesraden voor gemeenten.<sup>26</sup> Deze toenemende aandacht voor cliëntenparticipatie in de jeugdhulp, zowel op het niveau van de individuele cliënt (kind en/of gezin), als in de medezeggenschap bij instellingen en gemeentelijk beleid, versterkt de derde poot van de EBP-driehoek.

Door deze ontwikkelingen in professionalisering en het versterken van het cliëntperspectief kan er ook weer meer balans in deze EBP-driehoek komen.

### Een samenhangende strategie

De laatste tien jaren zijn vanuit ZonMw de programma's *Zorg voor jeugd en Effectief werken in de jeugdsector* gefinancierd, waar veertien academische werkplaatsen transitie jeugd deel van uitmaken, en de eerdergenoemde consortia rond werkzame elementen in jeugdinterventies. Een manier waarop kennis over wat werkt geborgd kan worden, is deze te vertalen in handelingswijzen voor de

praktijk. Bijvoorbeeld in de vorm van door de beroeps-groepen geautoriseerde richtlijnen voor jeugdhulp en jeugdbescherming<sup>27</sup>, zoals gebeurt binnen het programma dat gecoördineerd wordt door het Nederlands Jeugdinstituut. Tevens hebben gemeenten, brancheorganisaties in de jeugdhulp en het Nederlands Jeugdinstituut afspraken gemaakt over de landelijke invoering van prestatie-indicatoren om de uitkomsten van de jeugdhulp standaard te monitoren (de zogeheten 'outcome-monitoring').<sup>28</sup> De laatste loot aan deze stam zijn de recente onder-zoeken naar kosteneffectiviteit van interventies en maatschappelijke kosten-batenanalyses van de inzet van jeugdhulp.<sup>29</sup>

Zo is in de loop der jaren een samenhangende strategie ontstaan om de effectiviteit binnen het jeugdveld te versterken in een samenwerking tussen alle partners daarbinnen. Dat houdt onder meer in:

- de onafhankelijke erkenning van effectieve interventies en het documenteren en publiek toegankelijk maken daarvan (erkenningscommissies en Databank Effectieve Jeugdinterventies);
- een databank Wat Werkt en onderzoek naar algemeen werkzame factoren en naar werkzame elementen in interventies en aanpakken;
- de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen die gebaseerd zijn op kennis over wat werkt (uit de drie kennisbronnen) en geautoriseerd zijn door de beroepsgroepen;
- de ondersteuning van het SEJN en andere initiatieven op het gebied van outcome-monitoring en meten in de praktijk;
- de doorontwikkeling van kennis over effectiviteit in het jeugdveld door middel van programma's van ZonMw<sup>30</sup>;
- de doorontwikkeling van de professionaliteit van de werkers in het jeugdveld door middel van beroepsregistratie, competentieprofielen et cetera;
- het versterken van de cliëntenparticipatie en -regie.

De idee van de noodzaak van het versterken van de effectiviteit van de jeugdhulp zijn daarnaast terug te vinden in veel projecten van uiteenlopende instellingen

<sup>21</sup> Zie <http://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Familiegroepsplan/Wat-is-een-familiegroepsplan>.

<sup>22</sup> Zie bijvoorbeeld Elwyn et al. (2012) en Faber, Harmsen, Van der Burg & Van der Weijden (2013).

<sup>23</sup> Zie bijvoorbeeld <http://www.samen1plan.nl>.

<sup>24</sup> Zie <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/samen-beslissen-over-passende-hulp/>.

<sup>25</sup> Zie bijvoorbeeld <http://www.uwouderplatform.nl/>.

<sup>26</sup> Zie bijvoorbeeld: <http://www.jeugdplatformamsterdam.nl/>.

<sup>27</sup> Zie <http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/>.

<sup>28</sup> Zie Vereniging Nederlandse Gemeenten, Brancheorganisaties jeugdhulp, Nederlands Jeugdinstituut (2016) en [www.nji.nl](http://www.nji.nl) > Dossier Monitoring.

<sup>29</sup> Zie onder andere Kann, Van den Berg & Kremer (2016) en <http://programme.exordo.com/eusarf2016/delegates/session/14/>.

<sup>30</sup> Zie onder andere ZonMw (2015).

en organisaties. De resultaten zijn opgenomen in brede kennisdossiers over een scala aan onderwerpen op de website van het Nederlands Jeugdinstituut en andere kennispartners die kennis toegankelijk maken voor de praktijk.

### **De verwijdering tussen waarde-/praktijkgedreven en kennisgedreven jeugdhulp**

Het effect van dit alles was dat in de loop der jaren een steeds sterkere beweging ontstond die het 'doen wat werkt' in de jeugd- en opvoedhulp stimuleerde. Voor een deel riep dit de associaties op met de op kennis gebaseerde stroming die dominant was geworden in de geneeskunde en de jeugd-ggz; inclusief de voorkeur voor 'hogere' soorten van wetenschappelijk onderzoek, met name de RCT, die daarmee gepaard ging. Dit bleek bijvoorbeeld bij de Databank Effectieve Jeugdinterventies, die was opgezet als een ladder om de ontwikkeling van kennis over wat werkt te stimuleren, maar in de praktijk door sommigen ook als een fuik werd ervaren. Hierdoor ontstond er ook meer afstand tussen de jeugd- en opvoedhulp enerzijds en het sociaal werk en welzijnswerk anderzijds, waarin de beweging richting kennisgedreven handelen minder sterk aanwezig was. De evidence-based beweging is in de klinische en medische praktijk begonnen, met accent op diagnostiek-behandelingsdoelen en interventies. In de sociale en sociaal pedagogische sectoren gaat het echter doorgaans om andere doelstellingen, bijvoorbeeld voorkomen van uitval uit school of gezin; veilig schoolklimaat, opvoedvaardigheden ouders e.d. Dat vraagt dus om een aanpassing van het gedachtegoed dat ook dit type doelstellingen en praktijken omvat. De uitgangspunten van de Transformatie van het jeugdstelsel in de Jeugdwet, WMO, Participatiewet en Passend onderwijs is daarvoor een extra impuls. Daarin wordt in de kern meer het zwaartepunt van zorg en ondersteuning gelegd bij de sociaal-maatschappelijke en pedagogische doelstellingen en resultaten, zoals participatie en inclusie, 'normaliseren' en versterken van eigen kracht en sociale netwerken. Met het doel dat jeugdigen (en ouders) weer zo snel en goed mogelijk kunnen deelnemen aan het 'gewone' leven van gezin, school en omgeving en kunnen werken aan hun ontwikkeling en levenstaken. En dat belemmeringen in hun persoonlijke leven en sociale omgeving in samenhang moeten worden aangepakt.

Sociaal filosofen als Schön (1991) en Kunneman (2013) maken in dit kader onderscheid tussen vragen op de hoge grond en de moerassige vragen of vragen van *the swampy lowlands*. Die typen problemen vragen om een andere benadering. De vragen op de hoge grond kunnen door professionals met bewezen effectieve interventies worden aangepakt ('reflection before the action'),

terwijl bij de *moerassige vragen* door hun complexiteit de professional met die effectieve interventies niet goed uit de voeten kan en moet gaan exploreren en de complexiteit van de vraag moet aangaan met een beroep op de eigen brede competenties en ervaring ('reflection in action'). Dat vraagt meer om horizontale communicatie tussen professionals en het ontwikkelen van reflectieve leerprocessen in de organisatie.

De afstand werd groter tussen professionals die meer uitgingen van kennisgedreven werken (doen wat werkt; meer medisch / interventiegericht denken; meer gericht op behandelen) en professionals die meer uitgingen van waarde- en praktijkgedreven werken (sociaal pedagogische begeleiding, die ook meer gericht is op de relatie met de cliënt/burger en op 'dingen doen om de goede redenen'; meer gericht op begeleiding en ondersteuning). Waar evidence-based practice deze werelden oorspronkelijk juist beoogde te verbinden (wetenschap en praktijk zijn in hun kern altijd zowel kennis- als waardegedreven), ontstond in de praktijk dus een discussie over de verwijdering tussen beide benaderingswijzen. Er bleek wel veel kennis te zijn ontwikkeld over de effectiviteit van interventies, maar veel minder over vaardigheden en houding van de professional en over de 'alliantie'. En er was veel minder kennis verzameld over hoe je op een goede manier bepaalt aan welke doelen je in welke verbinding moet werken om effectief te zijn. De verbinding tussen beide benaderingswijzen was bovendien niet voor iedereen even helder.

Niet elk werkveld was op dezelfde manier in de ontwikkeling meegegaan. Met name in de jeugd-ggz was er een sterk accent komen te liggen op het kennisgedreven werken. De sterkere gerichtheid op het 'klinisch' behandelen van 'klachten' maakte dat daar ook goed mogelijk. De pedagogiek en sociaal-maatschappelijk werk waren minder in deze ontwikkeling meegegaan. Het meer waarde- en praktijkgedreven karakter hiervan speelde uiteraard een rol, maar ook de aard van het werk dat meer uit generieke aanpakken bestaat en minder uit specifieke individuele interventies (bijvoorbeeld casemanagement, gezinsbegeleiding, een veilig schoolklimaat). Daardoor was het ook minder gemakkelijk om bijvoorbeeld te 'klimmen' op de effectladder van de Databank Effectieve Jeugdinterventies. Toen de verantwoordelijkheid voor de jeugdhulp per 1 januari 2015 overging van de zorg-verzekeraars, de zorgkantoren en de provincies/stadsregio's naar de gemeenten, kwam de bestaande verwijdering tussen de twee benaderingen – en daarmee ook tussen verschillende werkvelden – nog veel nadrukkelijker aan het licht dan daarvoor al het geval was.

## 2.4 De invloed van de transitie van de jeugdhulp naar gemeenten

Per 1 januari 2015 is de jeugdhulp gedecentraliseerd naar de gemeenten. De jeugd- en opvoedhulp (inclusief de jeugdbescherming en jeugdreclassering, de jeugdzorg-plus en de pleegzorg), de geestelijke gezondheidszorg voor jeugd, en de zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking zijn daarmee onder de financiële en bestuurlijke verantwoordelijkheid van gemeenten gebracht. Deze transitie introduceerde het gemeentelijk beleidsdenken in het jeugdveld, dat minder belang hecht aan landelijke en internationale standaarden en meer aan lokaal maatwerk voor de lokale problemen. Bij veel gemeenten wordt bovendien veel meer politiek-bestuurlijk gedacht in termen van 'dingen doen om de goede redenen' en minder in termen van 'doen wat werkt' zoals voorheen de zorgverzekeraars, de zorgkantoren en de provincies/stadsregio's deden. De sterkere maatschappelijke betrokkenheid van gemeenten en de paradigmaverschuiving van 'recht op de beste zorg' naar 'recht op maatwerk' vragen om andere antwoorden dan het traditionele evidence-based paradigma lijkt te kunnen bieden. Dit werd met name zichtbaar in de vooral generalistisch werkende wijkteams (in wijken en dorpen, maar in veel regio's ook in het onderwijs), waar aanvankelijk veel scepsis heerste over de bruikbaarheid van goed onderbouwde interventies. Een speciale website <sup>31</sup> met een eerste poging de informatie die voor wijkteams relevant is te ordenen, wordt door veel wijkteammedewerkers nog niet als gemakkelijk bruikbaar ervaren.

Maar ook bij de zorginkoop bleek het evidence-based denken gemeenten onvoldoende te faciliteren bij de uitdagingen waar ze in de beginperiode van de transitie voor stonden. Ten slotte krijgt bij de transitie de verbinding van de jeugdhulp met het bredere sociale domein meer nadruk; een domein waarin het traditionele evidence-based paradigma minder vanzelfsprekend bleek <sup>32</sup> dan in het gezondheidszorgdomein en het jeugdzorgdomein.

Daardoor is een aantal vanzelfsprekendheden waarmee de beweging naar een meer evidence-based praktijk in vooral de jeugd-ggz en in iets mindere mate de jeugdzorg gepaard ging (ondanks de hiervoor beschreven discussies die daarbij speelden), weer meer ter discussie komen te staan. De grotere aandacht voor de samenhang tussen (passend) onderwijs en jeugdhulp draagt hier ook aan bij. Belangrijke spelers in het veld (wetenschappers, kennisinstellingen, veldinstellingen, professionals,

gemeenten) dreigen door deze discussie uit elkaar te worden gedreven. Sommigen zien evidence-based werken zelfs als 'oud denken' dat past bij 'medicalisering' en als iets wat de vooruitgang en innovatie hindert die voor de transformatie van de jeugdhulp noodzakelijk zijn.

Anderen echter zien het loslaten van evidence-based werken als iets wat ontstaat door hetzelfde gebrek aan kennis waar de geneeskunde mee te maken had toen zij aan het begin stond van haar route naar evidence-based werken. Ook internisten moesten aanvankelijk niets hebben van EBM, want dat zou niet werkzaam zijn voor de complexe problematiek van hun patiënten.

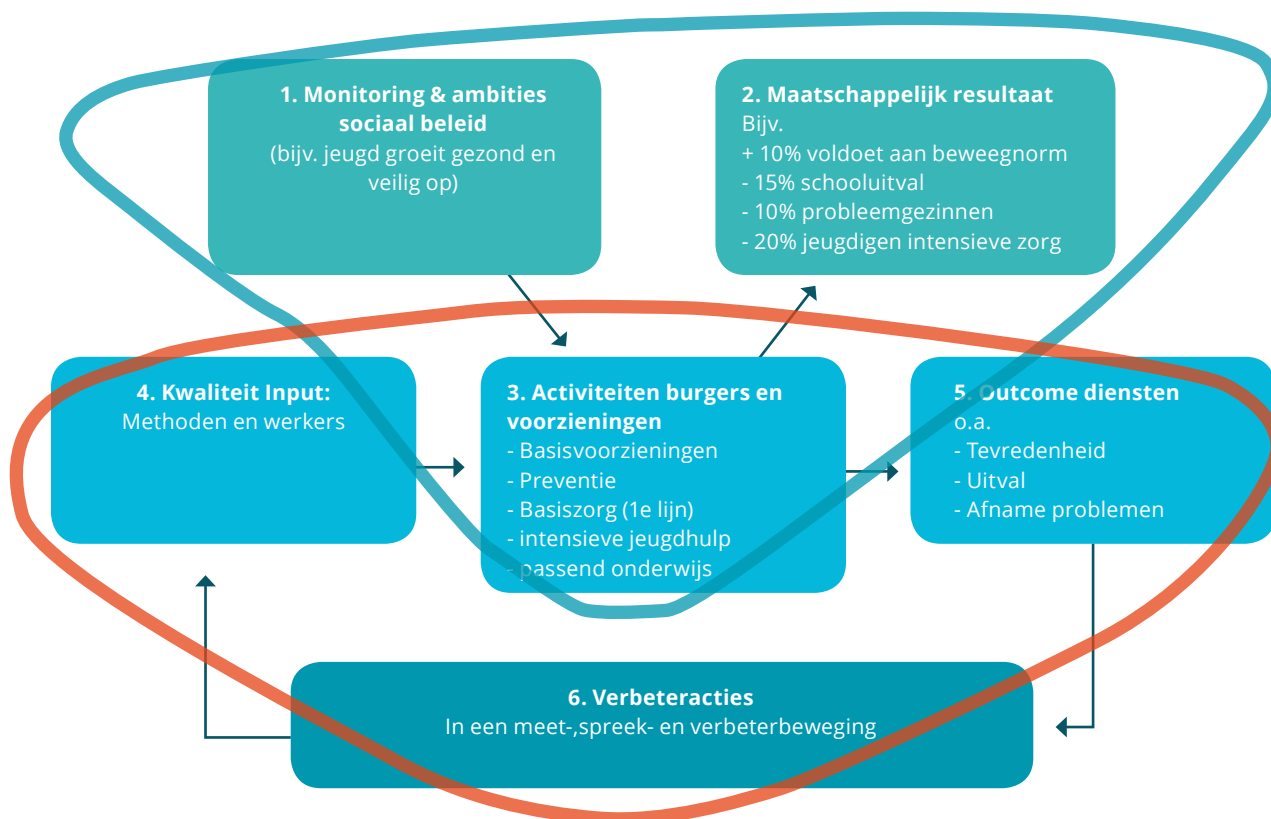
Weer anderen vragen zich af of het evidence-based werken in de jeugdhulp ooit goed tot wasdom heeft kunnen komen. Het loslaten van evidence-based werken zou dan een vorm van regressie zijn; het verder ontwikkelen van het evidence-based werken kenmerkt volgens die visie de werkelijke vernieuwing.

Om gemeenten, instellingen en professionals een handvat te bieden om het gesprek aan te gaan over 'doen wat werkt' op de verschillende speelvelden van enerzijds de gemeentelijke beleidscyclus en inkooparena, en anderzijds de kwaliteitscyclus van instellingen en de uitvoeringspraktijk van professionals, is een schema ontwikkeld om een onderling verbonden meet-spreek-verbeterbeweging op gang te brengen waarin beide cycli met elkaar in verbinding staan (Van Yperen, 2013; zie figuur 2.7). Het schema laat zien hoe gemeenten vanuit hun kennis over problemen in de lokale samenleving (gebaseerd op algemene monitors en sociale ambities) hun beleidsdoelen formuleren, en hoe ze door dat zo concreet mogelijk te doen beter in staat zijn te bepalen welke activiteiten van burgers en instellingen ze willen 'inkopen'. Tegelijkertijd kunnen instellingen op basis van de beschikbare methoden en professionals een aanbod aan gemeenten (en uiteraard cliënten/burgers) formuleren. Door de uitkomsten van hun inspanningen te meten en via een meet-spreek-verbeterbeweging weer terug te laten leiden tot aanpassingen (instellingsbeleid) in de beschikbare methoden en professionals, kunnen zij hun aanbod steeds verbeteren. Via de uitkomsten die instellingen meten en monitoring van hun eigen beleidsuitkomsten, stellen gemeenten ook weer hun inkoopbeleid bij.

<sup>31</sup> Zie <https://www.wijkteamswerkenmetjeugd.nl/>.

<sup>32</sup> Zie <http://www.socialevraagstukken.nl/dossiers/debat-sociale-interventies-onderzoeken-doe-je-zo/>.

**Figuur 2.7** Schema sturen op kwaliteit in de jeugdhulp (bron: NJi)



Deze verbinding tussen de gemeentelijke beleidscyclus en de kwaliteitscyclus van instellingen vraagt bovendien om een ‘vertaalslag’ tussen de wereld van het gemeentelijk beleid en de wetenschappelijke wereld, die dezelfde werkelijkheid vanuit verschillende referentiekaders benaderen (zie paragraaf 2.1).

Het model voor het sturen op kwaliteit in de jeugdhulp wordt nu in het veld met partijen besproken en doorontwikkeld om het optimaal te laten helpen bij het gesprek tussen gemeenten en zorginstellingen. Verschillende gemeenten maken er inmiddels gebruik van. Het helpt hen bijvoorbeeld in de gaten te houden dat zij aan zorginstellingen vier cruciale vragen stellen bij de zorginkoopgesprekken:

- Kunnen instellingen onderbouwen waarom hun aanbod bijdraagt aan het oplossen van problemen of maatschappelijke vraagstukken die de gemeente met het jeugdbeleid wil aanpakken?
- Kunnen instellingen aantonen dat ze de effectiviteit van het aanbod monitoren in termen van a) uitval/ drop-out, b) cliënttevredenheid over het resultaat en c) doelrealisatie/afname van problemen of toename van bijvoorbeeld zelfredzaamheid en participatie van jeugdigen?

- Kunnen instellingen laten zien hoe ze de resultaatmonitoring gebruiken voor maatregelen die het aanbod steeds beter maken?
- Delen instellingen hun kennis via lokale samenwerkingsverbanden, regionale werkplaatsen en landelijke kennisinstituten?

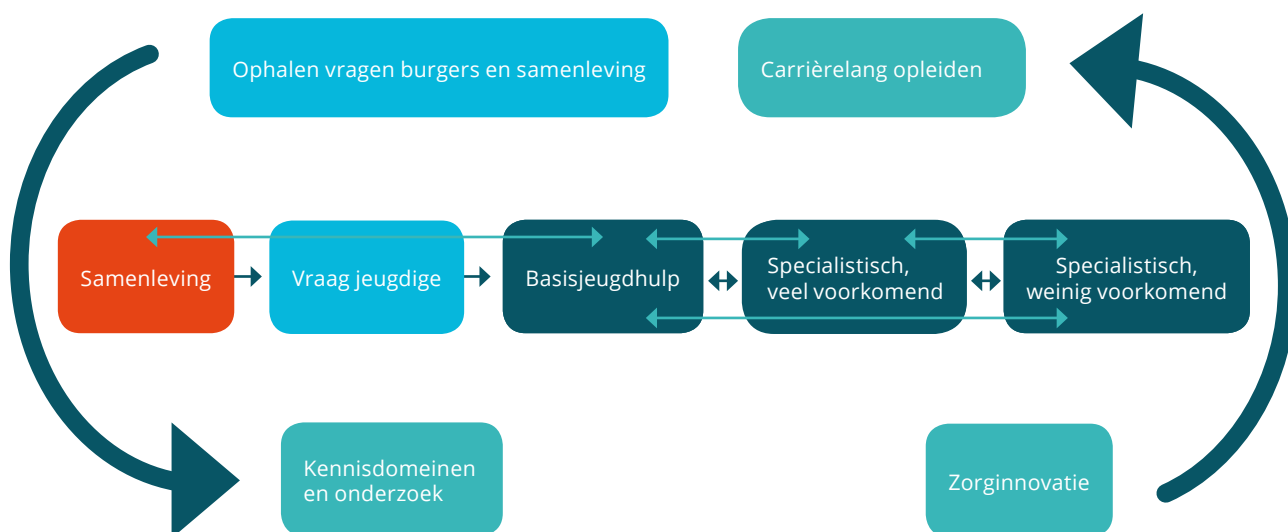
Met dit model beogen we de werelden van het denken in termen van ‘de goede dingen doen’ en van het denken in termen van ‘doen wat werkt’ weer met elkaar te verbinden. En zodoende de onbedoelde neveneffecten van de decentralisatie van de jeugdhulp weer te herstellen.

In april 2015 formuleerde een werkgroep van deelnemers van het Rijk, de gemeenten en de jeugdzorg, de GGZ en de gehandicaptenzorg, een visie op de gewenste inrichting van zorglandschap voor jeugdigen na de transitie van de jeugdhulp naar gemeenten per 1 januari 2015 (Werkgroep Zorglandschap, 2015). Deze was vooral procesmatig van aard en bedoelde gemeenten richting te geven bij hun beleidsontwikkeling en inkoop.

In vervolg hierop hebben experts vanuit de branches en de landelijke kennisinstituten in maart 2017 een handreiking voor gemeenten uitgebracht met een inhoudelijke visie op hoe alle jeugdigen in onze samenleving toegang kunnen hebben tot de juiste zorg,



Figuur 2.8. Schematische weergave van het jeugdhulplandschap (bron: expertgroep BGZJ, 2017)



op basis van hun ondersteuningsbehoefte, zo dichtbij mogelijk (in de eigen regio) aangeboden met zo min mogelijk onderbrekingen (Expertgroep BGZJ, 2017<sup>33</sup>). In die visie wordt benadrukt dat een continue ontwikkeling van de zorg nodig is in een gezamenlijke leer-, opleidings- en innovatiecyclus; onder meer gebaseerd op de principes van evidence-based practice. Figuur 2.8 geeft deze visie schematisch weer.

## 2.5 Wat heeft vijftien jaar evidence-based practice in de jeugdhulp ons nu gebracht?

Resumerend kunnen we het volgende concluderen:

- Over de definitie van evidence-based practice an sich lijkt weinig discussie te bestaan. Stakeholders zijn zich ervan bewust dat het gaat over het integreren van drie soorten kennis en ervaring: wetenschappelijke kennis; praktijkkennis, opleiding en ervaring van professionals; en ervaringskennis, vragen en voorkeuren van cliënten en gezinnen.
- De verhouding tussen de drie genoemde kennisbronnen is de afgelopen decennia niet in evenwicht geweest; waar het evidence-based denken ingang heeft gevonden, is vooral de 'poot' van (het gebruik van) de wetenschappelijke kennis versterkt. De 'poten' van de ontwikkeling van (en het gebruik van) de

professionele praktijkkennis en de ervaringskennis van cliënten zijn veel minder ontwikkeld.

- Er is de afgelopen decennia in het jeugdveld in brede zin veel ondernomen om op gecoördineerde wijze een evidence-based practice te ontwikkelen; daarbij zijn er wel duidelijke verschillen tussen de deelsectoren. Tegelijkertijd zijn ook de beperkingen van evidence-based practice duidelijker in beeld gekomen.
- Er is een verschil ontstaan tussen degenen die vooral interventiegericht en hechten aan 'doen wat werkt' denken (professionals die vooral werken aan vragen op de hoge grond), en degenen die vooral hechten aan een sociaal pedagogische benadering, gericht op de relatie en op 'dingen doen om de goede redenen' of 'aan de goede doelen werken' (professionals die vooral werken aan *moerassige vragen*).
- De transitie van de jeugdhulp naar de gemeenten heeft de discussie over de mogelijkheden en grenzen van evidence-based practice op scherp gezet. Ook is de verwijdering tussen de meer waarde- en praktijkgeoriënteerde spelers en de meer kennisgeoriënteerde spelers duidelijker zichtbaar geworden. De decentralisatie brengt hen weer bij elkaar omdat zij de transformatie samen moeten en willen vormgeven.

<sup>33</sup> Te downloaden via: <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/zorglandschap-specialistische-jeugdhulp/nieuws/visiedocument-jeugdbranches-passende-zorg-voor-jeugdigen>

## 2.6 De opmaat naar de denktank Evidence-based practice in de jeugdhulp

Er moest dus een manier gevonden worden om verder te gaan vanuit de discussie die is ontstaan rondom evidence-based practice in de jeugdhulp. Om dat voor elkaar te krijgen was het nodig een gezamenlijke visie en werkagenda te ontwikkelen in een samenwerking tussen de belangrijkste stakeholders in het jeugdveld: brancheorganisaties, beroepsverenigingen, cliëntenorganisaties, gemeenten en kennisinstellingen (universiteiten, hogescholen, landelijke kennisinstituten). En op die manier een gezamenlijk pad te bewandelen op weg naar een effectief jeugdstelsel. De componenten daarvoor lijken aanwezig, alleen moeten de gemeenschappelijke visie, taal en werkagenda nog worden uitgewerkt.

Om dit te bereiken moesten antwoorden gevonden worden op de volgende vragen:

- Hoe helpt het evidence-based werken bij het realiseren van de transformatiedoelen; binnen het jeugdveld, maar ook binnen het gedeeltelijk daarmee overlappende sociale domein?
- Hoe verbinden we daartoe het vakmanschap van professionals aan de in databanken en richtlijnen gevatte kennis? Op welke manier komt dat overeen of is dat verschillend voor specialisten en generalisten?
- Hoe verhouden waarden of waardegedreven zorg zich daarbij tot kennisbronnen of kennisgedreven zorg? Hoe verbinden we beide benaderingen weer met elkaar?
- Wat gaat er in relatie tot de drie kennisbronnen goed in de beweging van de evidence-based practice, en wat niet? Kunnen verschillende betrokkenen op verschillende plekken in het proces starten om die beweging op gang te brengen?
- Hoe kunnen we ervoor zorgen dat de gezamenlijke visie op evidence-based practice evengoed ruimte biedt om op verschillende manieren gebruik te maken van de kennisbronnen? Hoe gaan we daarin om met de verschillen tussen de deelsectoren?
- Op welke manier moet de relatie tussen de lerende professionals, de lerende organisaties en de lerende beleidsmakers verder worden ontwikkeld om evidence-based practice in de praktijk te laten werken? Hoe integreren we de drie kennisbronnen van evidence-based practice in deze leer- en verbetercyclus?
- Wat is in die leer- en verbetercyclus de rol van de verschillende stakeholders: branches, gemeenten, beroepsorganisaties, cliëntenorganisaties, kennisinstellingen, opleidingsinstellingen, et cetera?
- En: wat betekent dat voor de agenda voor de komende jaren?

Om deze vragen te beantwoorden heeft het Nederlands Jeugdinstituut het initiatief genomen om de belangrijkste stakeholders (aanbieders van zorg en welzijn, beroeps- en cliëntenorganisaties, gemeenten, kennisinstituten) via gezaghebbende, invloedrijke personen, samen te brengen in een 'denktank'. Dit achtergronddocument is de weerslag van het werk van deze denktank. In de komende hoofdstukken wordt de door de denktank ontwikkelde visie in termen van 'samen lerend doen wat werkt' uitgewerkt en getoetst aan de uitvoeringspraktijk.

# 3 Evidence-based practice: de ervaringen van de deelnemers aan de denktank

Voorafgaand aan de eerste bijeenkomst van de denktank zijn de deelnemers geïnterviewd over hun visie op en ervaring met evidence-based practice. De bevindingen uit de interviews zijn opgenomen in bijlage 1 'Input vooraf van de deelnemers aan de denktank'.

De belangrijkste conclusies uit deze interviewronde zijn:

1. De deelnemers vinden het belangrijk dat we het beste doen voor kinderen en gezinnen. Daarbij moet er vanuit de bestaande kennis een antwoord worden gegeven op de vraag van kind/gezin. De werkalliantie tussen de hulpverlener en het gezin is daarbij cruciaal; ook als ouders iets niet willen, moet hun stem gehoord worden. Dat is een bewezen werkzame factor. Dit vraagt competente en deskundige hulpverleners die zichzelf ontwikkelen in hun (ook morele) oordeelsvorming en reflecteren op hun handelen. En dat effectieve aanpakken voldoende breed beschikbaar zijn. Naast de interventiebenadering is ook de presentiebenadering van belang, met name waar vertrouwen moet worden opgebouwd om tot verandering te komen.
2. De deelnemers herkennen de verbinding tussen wetenschappelijke kennis, praktijkkennis van professionals, en ervaringskennis en voorkeuren van cliënten als basis voor een evidence-based practice. Het hoeft niet alleen om interventies te gaan, het kan ook gaan om werkzame factoren en 'common elements'. Deze kennis moet door goed opgeleide professionals worden gebruikt om antwoord te geven op de vragen van de cliënt, die 'voorbij de richtlijn' kunnen handelen. De ethische component is ook van belang: de winst van een interventie moet opwegen tegen de schade (bijvoorbeeld bij een uithuisplaatsing).
3. De deelnemers zien een positieve ontwikkeling in het evidence-based werken in het jeugdveld. Wel lag er veel nadruk op randomized controlled trials (RCT's) en op interventies en richtlijnen, en dat lijkt soms wat door te schieten. Evidence-based practice is daardoor te veel iets van wetenschappers en hooggespecialiseerde professionals geworden. Zoeken naar werkzame elementen en meer nadruk op hoe beschikbare kennis te gebruiken is, kan helpen om deze beter en breder in de praktijk te brengen. Daardoor komt er tussen het handelen volgens protocollen en het maatwerk ook weer meer evenwicht. Kennisontwikkeling gaat trager dan het kiezen van aanpakken voor maatschappelijke problemen toelaat. Voor wijkteams is de kennis nog te weinig op een bruikbare manier beschikbaar gemaakt en doorontwikkeld; ook het leren van andere wijkteams (met name de kennisuitwisseling tussen verschillende regio's) moet nog van de grond komen. Deelnemers wijzen er daarnaast op dat monitoring met als enige doel verantwoording af te leggen kostbaar en niet effectief is; monitoring moet vooral als doel hebben werkwijzen door te ontwikkelen en te leren op verschillende niveaus.
4. De deelnemers benoemen als belangrijkste aanvullingen de volgende aandachtspunten:
  - Er zou meer aandacht moeten zijn voor hoe sterk de evidence eigenlijk is en voor werkzame specifieke elementen en werkzame algemene factoren. En voor mechanismen en symptomen die onder de diagnoses liggen.
  - De overdaad aan richtlijnen, protocollen et cetera zou gereduceerd moeten worden.
  - Behalve voor kwaliteit en effectiviteit zou er ook aandacht moeten zijn voor de kosten en baten van jeugdhulp.
  - Er zou meer aandacht moeten zijn voor het beter benutten van kennis in de praktijk; dat zou onderscheiden moeten zijn van het ontwikkelen, verspreiden en implementeren van kennis.
  - De verschillende 'ontwikkelingsstadia' van de onderscheiden deelsectoren binnen de jeugdhulp (bijvoorbeeld welzijn, jeugd- en opvoedhulp, jeugd-ggz) zouden meer met elkaar verbonden moeten worden; daardoor zou kennis beter bruikbaar zijn over de grenzen van die deelsectoren heen.
  - Er zou gewerkt moeten worden aan een balans tussen enerzijds de waarde van de interventie, het protocol en de richtlijn, en anderzijds de beperking in de dagelijkse praktijk waar vaak 'personalized care' nodig is. Wat vraagt dat van professionals?
  - Kennis over het nut van evidence-based werken zou aan gemeenten moeten worden overgedragen. Er moet duidelijk worden dat evidence-based werken niet alleen idealistisch is, maar ook realistisch; en dat het helpt de vragen van gemeenten op te lossen.
  - We moeten in beeld houden of jongeren vanuit hun perspectief iets hebben aan het evidence-based werken. Bij het gebruiken van kennis moeten we de vraag van de jongere of het gezind centraal stellen.

Tijdens de eerste denktanksessie benoemden de deelnemers aanvullend op de interviews versnellers, vertragers en agendapunten voor het stimuleren van een effectief jeugdstelsel.

Als belangrijkste versnellers werden genoemd:

- Voor wie de leiding neemt in deze discussie zijn er kansen voor inspirerend en verbindend leiderschap; evidence-based werken leeft, ook bij gemeenten; er is ontluikende aandacht voor werkzame elementen.
- Iedereen ziet het belang van goede hulp aan kinderen, jongeren en ouders/opvoeders; van kosteneffectief werken; van het benutten van kennis in de transformatie naar een effectiever jeugdstelsel. Door beschikbare kennis te benutten hoeft niet steeds opnieuw het wiel te worden uitgevonden; het is van belang de werelden van politiek/beleid, professionals en wetenschap te verbinden via kennis en samenwerking; evidence-based werken is een belangrijk onderdeel van de professionele identiteit; goede en creatieve onderzoeksdesigns kunnen antwoorden bieden op maatschappelijke vragen.
- Door samen te werken en krachten te bundelen in een gedeeld gevoel van urgentie kan beschikbare kennis beter benut worden.

Als belangrijkste vertragers werden genoemd:

- Er is te weinig verbinding tussen de actoren in het stelsel; de instrumenten voor evidence-based werken worden door professionals als keurslijf ervaren; evidence-based werken lijkt bij veel gemeenten en bij sommige aanbieders van jeugdhulp geen issue te zijn; kennis wordt onvoldoende benut in de praktijk: we weten veel meer dan we in de praktijk doen.
- We discussiëren te veel over wat evidence-based practice nu precies is; daarbij treedt soms verenging op tot 'science-based' practice; professionals worden overvraagd met een veelheid aan interventies, richtlijnen en protocollen.
- Er is kritiek op en er bestaan misverstanden over de (on)afhankelijkheid van onderzoekers; het zogeheten 'kookboek-denken' bij het omgaan met protocollen en richtlijnen wordt soms als dominant ervaren; evidence-based werken zou duur zijn; specifieke evidence is vaak mager en de interactie of alliantie speelt een grote rol; evidence-based practice zou niet samengaan met innovatie; evidence-based practice zou niet samengaan met maatwerk.

Als belangrijkste agendapunten werden genoemd:

- We moeten werken aan een verbindende ambitie voor de komende tien jaar, met een focus op hoe kinderen, jongeren en gezinnen er beter van worden.
- De visie op evidence-based practice met de drie

kennisbronnen (wetenschappelijke kennis, praktijk-kennis van professionals, en ervaringskennis en voorkeuren van cliënten) binnen een dominant waardestelsel (bijvoorbeeld de gewenste transitie en transformatie) moet verhelderd worden, zodanig dat de werkwijze ook in het sociale domein breed gebruikt kan worden voor standaardzorg én personalized care; voor individuele én collectieve aanpakken. Uit de visie zou moeten blijken hoe de werkwijze goed opgeleide professionals kan ondersteunen bij vraaggericht werken, gedeelde besluitvorming en professionele ruimte en reflectie; en hoe kennis ook voor niet-professionele zorgers te gebruiken is.

- De volgende vraagstukken vragen om nadere uitwerking: hoe kunnen we gaan doen wat werkt en stoppen met wat niet werkt; hoe kunnen we evidence-based werken en de meet-spreek-verbeterbeweging als kwaliteitsstandaard gebruiken; hoe kunnen we bestaande kennisbronnen beter benutten, ook bij het ontwikkelen van nieuwe kennis en interventies; hoe kunnen we van steeds meer nieuwe maar gelijksoortige interventies af komen; hoe kunnen professionals evidence-based werken weer als behulpzaam gaan zien; hoe kunnen gemeenten kennis gebruiken bij hun opdrachtgeverschap; hoe kan kennis helpen bij het uitwerken van inkoopcriteria; hoe kunnen we praktijkonderzoek binnen de wetenschap beter positioneren (kleinschalig, maar bijvoorbeeld ook in het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdhulp Nederland); zijn er met het oog op de bezuinigingen voldoende middelen om kennis te ontwikkelen die nodig is voor de transformatie?

# 4 Samen lerend doen wat werkt; een nieuw kader

## 4.1 Van 'evidence-based practice' naar 'samen lerend doen wat werkt'

De kern van een effectief jeugdstelsel wordt gevormd door het concept van *gezamenlijk lerend werken met gebruik van bestaande en zich ontwikkelende kennis*; of korter gezegd: *samen lerend doen wat werkt*. Dat maakt het mogelijk om steeds door te bouwen op onze kennis over wat werkt en wat niet; zonder de nieuwe ontwikkelingen te laten afremmen doordat kennis onvoldoende toepasbaar of beschikbaar is.

Deze definitie stelt een *dubbele norm*: zowel het gezamenlijk lerend werken is de norm, als het gebruik van de bestaande kennis. De denktank en de te ontwikkelen producten hebben als doel een beweging te stimuleren naar een meer op leren én gebruik van kennis gestoeld jeugdveld. De dubbele norm doet recht aan wat er al ontwikkeld is, én aan wat er nog ontwikkeld moet worden; bijvoorbeeld in het kader van de transitie van de jeugdhulp naar gemeenten en de daarbij gewenste transformatie van de jeugdhulp. Deze visie ondersteunt ook dat het doel van professionele inzet is om bij problemen van jeugdigen en gezinnen een zodanige bijdrage te leveren dat mens en gemeenschap weer in staat zijn om in eigen kring problemen op te lossen en verder te kunnen. Samen lerend doen wat werkt leidt zo tot betere resultaten en tot een doelmatige professionele inzet. Daarbij gaat het zowel om de uitvoeringspraktijk van de hulp voor jeugdigen en gezinnen, als om het beleid en de inkoop die daarvoor het kader vormen.

Hierbij moeten we er alert op zijn dat de focus niet te smal wordt: het gaat zowel om kennis over effectieve interventies, als om kennis over het handelen / de expertise van de professional, en de aansluiting op ervaringen, waarden en preferenties van de doelgroep.

Een effectief jeugdstelsel is in die zin idealiter een lerend veld dat wordt gedragen door geïnformeerde burgers/cliënten en lerende professionals, teams, instellingen en beleidsmakers / inkopers; ondersteund door wetenschappers, ontwikkelaars en kennismakelaars. De plan-do-check/study-actcyclus (zie figuur 4.1; afhankelijk van de context waarin deze wordt gebruikt ook wel bekend als leeracyclus, kwaliteitscyclus of beleidscyclus) is bij elk van de spelers goed ontwikkeld en de drie kennisbronnen van de 'evidence-based practice' zijn erin opgenomen (zie ook paragraaf 2.1 en figuur 4.2):

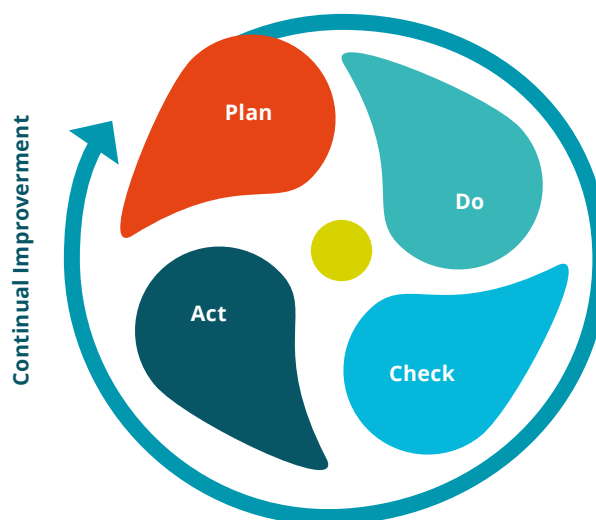
- wetenschappelijke kennis (over beschermende factoren, risicofactoren, algemeen werkzame factoren

in zorg en welzijn, goed onderbouwde en bewezen-effectieve interventies en aanpakken, en werkzame elementen daarin; en over beleid en inkoop);

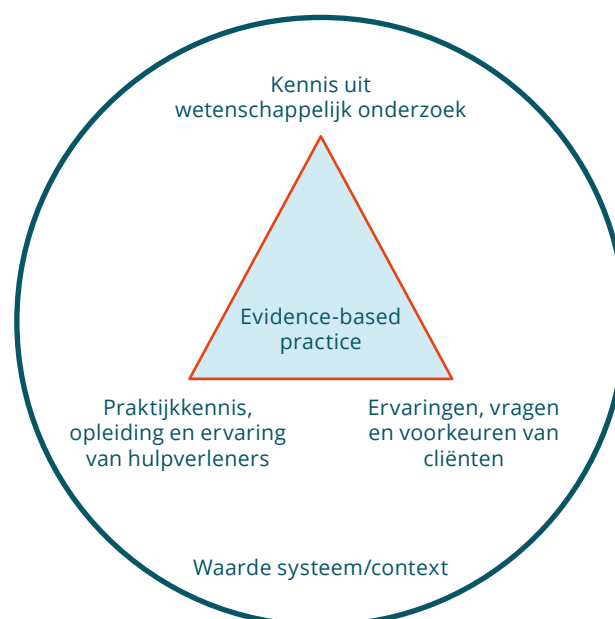
- praktijkkennis van professionals (behandelaren, maar ook bijvoorbeeld welzijnswerkers);
- ervaringskennis en voorkeuren van burgers/cliënten.

De cyclus functioneert bovendien binnen het actuele (politiek-bestuurlijke) waardesysteem.

Figuur 4.1 PDCA/PDSA-cyclus



Figuur 4.2 Model voor evidence-based practice





Bij het gebruik van de verschillende kennisbronnen is het ‘wegen’ een belangrijke activiteit, die voor verschillende doeleinden anders kan uitvallen. Bij erkenningscommissies voor effectieve interventies zal wetenschappelijke kennis een belangrijker rol spelen dan bijvoorbeeld bij gemeenten die kennisbronnen benutten om hun beleidsdoelen te bepalen. En in de behandeling en begeleiding door professionals moeten de drie kennisbronnen per casus op hun onderlinge belang worden gewogen. Daarnaast is de ene keer meer kennis uit de ene bron beschikbaar, en de andere keer meer uit de andere bron. Voor de ene thematiek is er immers veel meer wetenschappelijke kennis beschikbaar dan voor de andere.

Voor een effectief jeugdstelsel moet het lerend werken niet alleen plaatsvinden binnen de hoofdgroepen van actoren, maar juist ook op de speelvelden waarin de hoofdgroepen elkaar ontmoeten en waar de juiste vragen (ook aan elkaar) moeten worden gesteld. Dit werken we uit in paragraaf 4.2, 4.3 en 4.4.

#### 4.2 De actoren en hun ‘interne’ meet-spreek-verbeterbewegingen

Binnen het jeugdveld kunnen we een aantal hoofdgroepen van actoren onderscheiden die hun invloed doen gelden, en die elk een eigen leercyclus (of PDSA-cyclus) kennen:

1. **Burgers/cliënten:** dit zijn de gebruikers van preventieve en curatieve voorzieningen. Zij maken op eigen initiatief (hulpvraag) dan wel op initiatief van de omgeving (bijvoorbeeld veiligheidsvraag) gebruik van de voorzieningen. Gebruikers van voorzieningen zijn tevens de dragers van ervaringskennis. De leercyclus bestaat bij hen uit het ervaren van een probleem, het zoeken van hulp bij het gezamenlijk definiëren van het probleem en de aanpak daarvan, en de reflectie op de resultaten van de aanpak. Een belangrijk aandachtspunt voor hen is dat de doelen die zij stellen bij de behandeling/begeleiding vaak anders zijn dan de doelen die behandelaren of de samenleving stellen; zij dienen zich voldoende gezien en gehoord te weten. Hoe kunnen zij aan behandelaren de juiste vragen stellen over het aanbod dat zij aan hen doen?
2. **Professionals/teams/instellingen:** dit zijn de aanbieders van behandeling, begeleiding of ondersteuning, op verzoek van de burger/cliënt, diens omgeving, of de samenleving (als het bijvoorbeeld om preventieve of andere collectieve interventies gaat; hier kunnen soms ook getrainde en/of begeleide informele zorgers bij horen). De aanbieders zijn de dragers van praktijkkennis. Op basis van kennis over wat bij de ‘gemiddelde’ cliënt of burger werkt, weten zij een zo goed mogelijk aanbod te formuleren, rekening houdend met het gegeven dat cliënten nooit gemiddeld zijn en ook verschillende ervaringen

en voorkeuren hebben. Hun leercyclus bestaat uit individuele behandel-/begeleidingsprocessen die ze baseren op zorgpaden. In dialoog met de cliënt (en diens doelen van de behandeling/begeleiding) en gebruikmakend van outcome-monitoring evalueren ze de behandelprocessen en stellen deze bij. Hierbij gaat het zowel om professionals in de meer ‘curatieve’ zorg (zeker bij specialistische zorg in de tweede en derde lijn) als om professionals in wijkteams (de eerstelijnszorg) en in de jeugdbescherming. En behalve om professionele hulpverleners gaat het in toenemende mate ook om informele zorgers (bijvoorbeeld bij interventies door vrijwilligers).

3. **Instellingen/werkgemeenschappen, onderzoekers, ontwikkelaars en kennismakelaars (het zorgsysteem):** dit zijn de bedenkers, evaluatoren en verspreiders van ‘care as usual’ (analyse van routine outcome monitoring (ROM)-data) en nieuwe interventies (evaluatieonderzoek). Zij bewaken, onderhouden en verspreiden de wetenschappelijke kennisbasis, maar genereren ook nieuwe kennis en methodieken waar de professionals, instellingen en de samenleving behoefte aan hebben. Zij dragen dus vooral bij aan de leercycli van de andere actorengroepen. Toch hebben ook zij een eigen PDSA-cyclus. Bijvoorbeeld door op basis van een voorliggend probleem een methodiek te kiezen voor innovatie en/of onderzoek, die gedurende het ontwikkel-/onderzoekstraject aan te passen aan de omstandigheden, en achteraf te evalueren of de gekozen methodiek de juiste was. De creativiteit die nodig is om in het complexe jeugdveld steeds de goede methodiek bij de voorliggende vraag te kiezen (bijvoorbeeld randomized controlled trial (RCT), kwalitatief onderzoek, of designs met wachtlijst-pseudo-controlecondities), maakt het erg belangrijk dat ook onderzoekers, ontwikkelaars en kennismakelaars een interne meet-spreek-verbeterbeweging onderhouden.
4. **Beleidsmakers/zorginkopers:** dit zijn degenen die voor en in opdracht van de samenleving bepalen welke problemen er moeten worden aangepakt, en welke doelen er daarbij gerealiseerd moeten worden. Zij zijn de dragers van kennis over het actuele (politiek-bestuurlijke) dominante waardesysteem. In hun PDSA-cyclus worden problemen geïdentificeerd, onder invloed van een scala aan actoren worden beleidsdoelen en aanpakken gekozen en deze worden geëvalueerd en bijgesteld.

#### 4.3 De interacties tussen de verschillende groepen actoren

In een lerende praktijk zijn er samenwerkingen nodig tussen verschillende groepen actoren. Deze zien er

idealiter als volgt uit:

- Samenwerking tussen cliënt/gezin en professional (praktijkveld).  
Vakbekwame professionals werken met geïnformeerde cliënten/gezinnen om samen de beste keuzes te maken en om te evalueren of die keuzes tot gewenste resultaten hebben geleid. Het ‘individuele zorgpad’ of ‘begeleidings-/ondersteuningstraject’ is hier het preferente werk- en denkmodel. Daarin wordt de kennis over wat werkt voor ‘gemiddelde’ cliënten en gezinnen verbonden met de eigen praktijkervaring en de doelen en voorkeuren van deze concrete cliënt of dit specifieke gezin. Op basis van die verbonden kennis en ervaring stellen cliënt/gezin en de professional gezamenlijk een individueel plan van aanpak op.
- Samenwerking tussen de instelling/werk-gemeenschap, team/professional en de onderzoeker/ontwikkelaar (zorg- en innovatieveld).  
De kern van deze samenwerking is dat de professionele organisatie innovatief denkende professionals en ontwikkelaars/onderzoekers nodig heeft om bestaande praktijken doorlopend te evalueren en waar nodig door te ontwikkelen. De plan-do-study-actcyclus is hier het preferente werk- en denkmodel. Het hoeft daarbij niet alleen te gaan om (behandel)inhoudelijke knelpunten, maar ook om knelpunten die zichtbaar worden wanneer het jeugdbeleid met een andere ‘bril’ wordt bekeken: economisch, juridisch of politiek-bestuurlijk.
- Samenwerking tussen de zorgaanbieder/werk-gemeenschap en de beleidsmaker/zorginkoper (beleidsveld). In deze samenwerking wordt als eerste antwoord gezocht op de vraag hoe een maatschappelijk vraagstuk aangepakt kan worden met een zo effectief mogelijk aanbod. Dat moet leiden tot gemeenschappelijke doelen voor het beleid en de zorginkoop. Het model voor sturen op kwaliteit in het jeugdveld is hier het preferente werk- en denkmodel (zie figuur 2.7). Bij het organiseren en vormgeven van het inkoopproces wordt kennis gebruikt over wat werkt om effectief te organiseren.

Uiteindelijk leiden deze samenwerkingen tot drie met elkaar verbonden leercycli.

#### 4.4 De kernvragen bij de interacties tussen de actorengroepen

Een effectief jeugdstelsel kent per probleemgebied (bijvoorbeeld kindermishandeling of schooluitval) een aantal hoofdvragen:

##### 1. Wat weten we over hoe het zit?

Wat is het probleemgebied, hoe ontstaat het, waardoor wordt het in stand gehouden, wat zijn belemmerende en bevorderende factoren voor de aanpak, et cetera. Deze vraag bestaat uit twee deelvragen:

- a) Wat is het probleem? Maatschappelijk, kind, gezin, omgeving; zowel benaderd vanuit de vrager (bijvoorbeeld een hulpvraag of veiligheidsvraag), als vanuit de professional (bijvoorbeeld een diagnose, of beschermende en risicofactoren).
- b) Welke doelen wil je in relatie tot dat probleem realiseren? Behandeldoelen, ondersteuningsdoelen, innovatiedoelen, beleidsdoelen.

##### 2. Wat weten we over wat werkt?

Wat werkt bij de aanpak van het probleemgebied? (in de zin van beschermende en risicofactoren, preventie, generieke of contextgerichte aanpak, specifieke interventies, werkzame elementen in interventies en generieke aanpakken die bruikbaar zijn voor innovatie, competenties van professionals, organisatievormen, inkoopvormen et cetera). Hierbij hanteren we de volgende definitie: ‘Bewezen effectief is iedere handelswijze waarvan empirisch aangetoond is dat deze een behandel-/beleidsdoel dichterbij brengt dan wanneer deze handelingen niet waren uitgevoerd.’ Het gaat hierbij om effectiviteit vanuit wetenschappelijk, professioneel én cliëntperspectief.

##### 3. Doen we wat werkt?

Wordt beschikbare kennis in de praktijk benut? (kennis over bewezen-effectieve of anderszins goed-onderbouwde aanpakken, kennis die voor professionals is geordend in richtlijnen, zorgprogramma’s et cetera, en voor instellingen, beleidsmakers, zorginkopers en burgers/cliënten is geordend in aansprekende werkwijzen). Wordt aannemelijk gemaakt dat een nieuw ontwikkelde aanpak kan werken op basis van beschikbare kennis? Een belangrijke randvoorwaarde hiervoor is dat kennis op een effectieve manier beschikbaar is en verspreid wordt.

##### 4. Werken we lerend?

Denk hierbij aan monitoring/meting, onderzoek, innovatie et cetera. Hierbij hanteren we als definitie: ‘Evidentie genererend’ of ‘lerend’ is iedere handelswijze waarbij empirisch wordt vastgelegd of zij een behandel/beleidsdoel dichterbij brengt dan wanneer deze handelingen niet waren uitgevoerd.’ Het gaat hierbij om het vastleggen en monitoren van uitkomsten, maar ook om het reflecteren daarop, en het op basis van deze uitkomsten bijstellen van de aanpak en bij te dragen aan de body of knowledge. De evaluatie van de behandeling/begeleiding, innovatie en het beleid dient plaats te vinden vanuit wetenschappelijk, professioneel én cliëntperspectief, zowel intern, als tussen professionals, instellingen en gemeenten (benchmarken en onderling leren).

Elk van deze hoofdvragen moet worden beantwoord vanuit de drie kennisbronnen: wetenschap, professionals, cliënten/burgers en het onderliggende

waardesysteem. Daarbij is het ook van belang zich te realiseren dat – zeker politiek – beleid niet altijd volgens een ‘natuurwetenschappelijke’ rationaliteit tot stand komt. De kernvragen dienen daarom niet als ‘afvinklijstjes’ gebruikt te worden, maar als uitgangspunt voor een gesprek daarover (‘conversation starters’). Ze moeten behulpzaam zijn bij het verbinden van de ‘natuurwetenschappelijke’ rationaliteit met de ‘politiek-bestuurlijke’ realiteit.

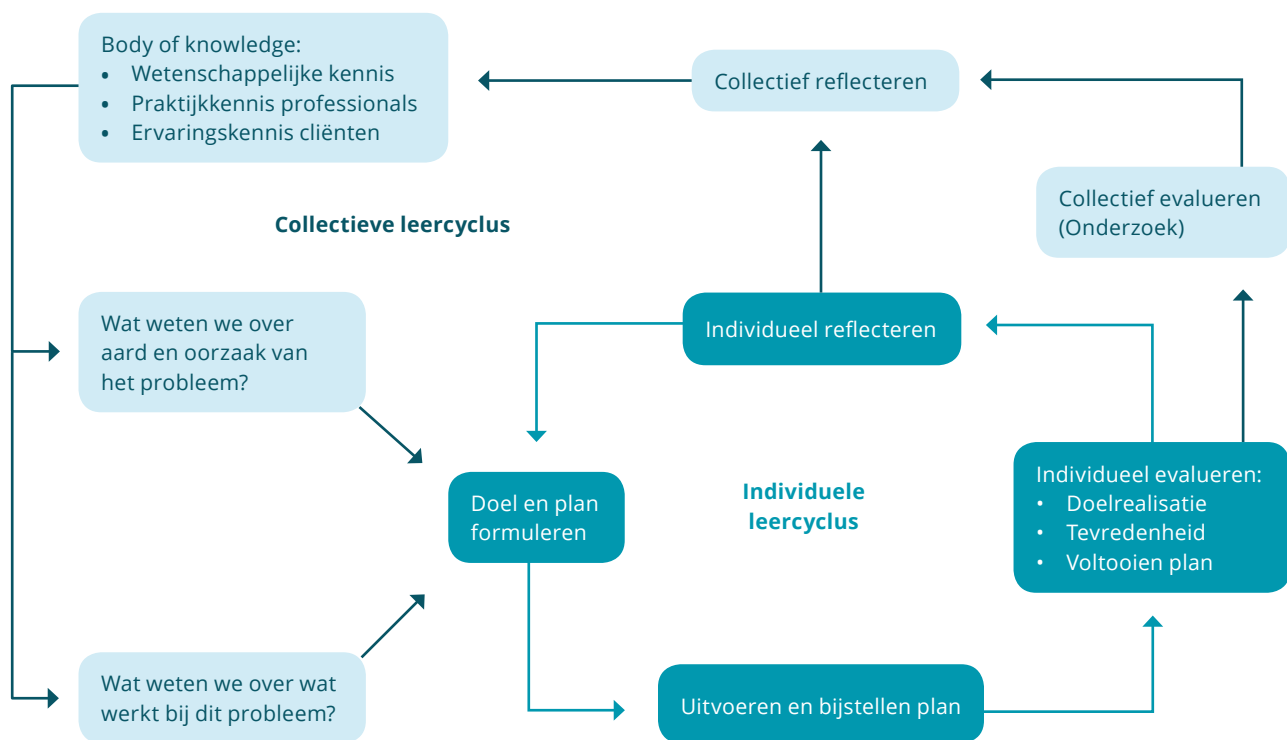
Als we de verbinding tussen de leercyclus/PDSA-cyclus en het evidence-based denken verder uitwerken, komen we tot het schema zoals weergegeven in figuur 4.3. Per actor(groep) levert dat een dubbele leercyclus op: een individuele en een collectieve. Deze cycli verbinden ook de expliciete kennis in de body of knowledge en de impliciete kennis die in de praktijk aanwezig is. Via ‘action learning’ en ‘action research’ kan die geleidelijk aan expliciet gemaakt worden. De vier kernvragen komen terug in de verbindingen tussen de individuele leercyclus en de collectieve leercyclus. Vraag 1 en 2 komen expliciet terug in de lichtblauwe vakjes linksonder. Vraag 3 zit in de donkerblauwe vlakjes linksonder in de ‘binnencirkel’ en vraag 4 gaat algemeen over de twee verbonden cirkels.

#### 4.5 Een schematische uitwerking van interacties en vragen

Zodoende kunnen we komen tot een matrix met in de rijen de vier hoofdvragen, in de kolommen de drie interactievelden en in de cellen de verschillende voorbeelden van hulpmiddelen die in het jeugdveld nodig zijn om ‘lerend te werken met gebruik van bestaande kennis’. In bijlage 2 ‘Hulpmiddelen voor een effectief jeugdinstel’ zijn de belangrijkste hulpmiddelen iets uitgebreider omschreven. Daar kunnen we dan nog het best bruikbare cyclische werk- en denkmodel voor het interactieveld aan toevoegen.

De matrix suggereert gescheiden velden, maar het gaat in essentie om drie overlappende velden, waartussen er interactie plaatsvindt. Voor het overzicht zijn ze in deze matrix gescheiden, maar in de praktijk van een lerende jeugdsector zijn ze niet te scheiden. De werkmodellen zijn bijvoorbeeld ook niet alleen bruikbaar binnen de interactievelden waarvoor ze primair zijn aangegeven, maar ook in de andere interactievelden. De drie ovals symboliseren dit.

**Figuur 4.3 Basisschema voor samen lerend doen wat werkt**



## Matrix Lerend doen wat werkt bij het helpen van kinderen en gezinnen

Interactieveld \ Actie	Cliënt-professional Kwaliteit van het primair proces	Instelling/ werkgemeenschap-professional-ontwikkelaar Kwaliteit van zorg en innovatie	Zorginkoper-zorgaanbieder Kwaliteit van beleid en inkoop
<b>Wat weten we over hoe het zit?</b> Wat is het probleem? Wat is het doel?	Probleemdefinitie, diagnostiek  Behandeldoel, begeleidingsdoel, veiligheidsdoel	Knelpunten en lacunes in het preventie- en hulpaanbod Innovatiedoel: nieuwe interventie voor die lacune	Epidemiologie, buurtprofielen, kennis-dossiers, politieke keuzes Beleidsdoelstellingen: verbetering in maatschappelijke problemen
<b>Wat weten we over wat werkt?</b>	Effectieve interventies en generieke aanpakken zoals de werkalliantie Richtlijnen en protocollen	Werkzame elementen in interventies, succesfactoren in werkalliantie	Effectieve interventies, competente professionals
<b>Doen we wat werkt?</b>	Evidence-based praktijkvoering: modelgetrouw werken en onderbouwd afwijken waar nodig; 'vier vragen van de cliënt aan de hulpverlener' (zie paragraaf 5.3)	Evidence-based zorg en innovatie: nieuwe aanpakken/interventies ontwikkelen met gebruik van bestaande kennis	Evidence-based zorginkoop: 'vier vragen van inkopers aan aanbieders' (zie paragraaf 6.3)
<b>Werken we lerend?</b> (meet-spreek-verbeterbeweging)	Monitoren, evalueren; zowel bij specifieke interventies als bij 'care as usual'	Methodisch werken, onderzoeken, monitoren, evalueren, benchmarken ('care as usual' en innovatie)	Monitoren, evalueren, benchmarken; zowel bij specifieke interventies als bij 'care as usual'
<b>Best bruikbare werkmodel</b>	Zorgpad, begeleidings-, ondersteuningstraject met feedbackloop	Plan-do-study-actcyclus of kwaliteits-/innovatiecyclus	Model voor sturen op kwaliteit: verbonden leercyclus gemeenten en instellingen

### 4.6 De verbindingen tussen leercycli van de actoren hun interactievelden

Bij de uitwerking van deze matrix zijn de basale plan-do-check-act-leercyclus (figuur 4.1) en het denkkader achter het model voor sturen op kwaliteit (figuur 2.7) leidend. Dit houdt in dat elk actorniveau de eigen leercyclus vormgeeft (zie paragraaf 4.2) en dat op de raakvlakken van de actorniveaus (de interactievelden) op basis van de problemen en input van de actorniveaus de juiste middelen worden gezocht om de leercycli van de beide actorengroepen (paragraaf 4.3) elkaar te laten helpen om elk tot de gewenst outcomes te komen.

In hoofdstuk 5 en 6 worden de twee belangrijkste interacties verder uitgewerkt: die tussen cliënten/burgers en professionals en die tussen instellingen en gemeenten. Daarbij worden eerste de afzonderlijke a) individuele en b) collectieve leercycli van de actoren beschreven.

De interactie tussen cliënten/burgers en professionals c.q. tussen instellingen en gemeenten leidt dan tot een derde leercyclus: c) het gezamenlijke leren van twee interacterende spelers.

Uiteindelijk is nog een vierde leercyclus op meta-niveau nodig van een d) lerend jeugdstelsel; in de regio en landelijk. Hiervoor moeten de leercycli van alle vier de primaire actorengroepen met elkaar worden verbonden, ondersteund door onderzoekers, ontwikkelaars en kennis-makelaars. In hoofdstuk 7 wordt verder uitgewerkt en aangegeven hoe dit een lerend jeugdstelsel kan opleveren.

# 5 Burgers/cliënten en professionals: de uitvoeringspraktijk

In dit hoofdstuk werken we de interactie tussen cliënten/burgers en professionals verder uit. We beschrijven eerst hoe de individuele en de collectieve leercycli er idealiter uitzien. De interactie tussen cliënten/burgers en professionals leidt dan idealiter tot een derde, gezamenlijke leercyclus.

## 5.1 Samen lerend doen wat werkt door cliënten en burgers

Bij burgers en cliënten wordt de individuele leercyclus (onderdeel van figuur 4.3) doorlopen door de individuele burger/cliënt en diens systeem/naasten. De burger/cliënt ervaart een probleem, stelt een doel, en stelt daar een plan voor op; hij/zij informeert zich via kennis die voor hem/haar beschikbaar is. Het is dus van belang dat de beschikbare kennis ook voor cliënten toegankelijk wordt gemaakt. De toegang tot ervaringskennis van cliënten verdient daarbij speciale aandacht. In bijlage 2 'Hulpmiddelen voor een effectief jeugdstelsel' is beschreven waar het instrumentarium voor een effectief stelsel minimaal uit zou kunnen bestaan. Dat plan van de burger/cliënt wordt vervolgens uitgevoerd en bijgesteld. Daarvoor kan er ondersteuning door een professional nodig zijn; dan treedt de in figuur 5.1 uitgewerkte interactie in werking. De burger/cliënt en de professional bepalen gezamenlijk het probleem, doel en plan, en de uitvoering daarvan. Vervolgens evalueert de burger/cliënt of het plan voltooid is, of het doel gehaald is, of hij/zij tevreden is over het resultaat. Na reflectie op die uitkomsten worden doel en plan zo nodig bijgesteld.

De collectieve leercyclus (onderdeel van figuur 4.3) vindt in kleine kring (vaak lokaal of regionaal) plaats via bijvoorbeeld lotgenotencontacten, en in grotere kring (vaak landelijk) via cliëntenorganisaties en/of adviesorganen. Die organisaties of organen verzamelen ervaringen van groepen burgers/cliënten, reflecteren daarop, en vormen die om tot ervaringskennis die onderdeel kan worden van de body of knowledge. Vervolgens kan die gebundelde kennis (over problemen en over wat werkt) door individuele burgers/cliënten worden gebruikt bij het bepalen van hun doel en plan.

Bij het evalueren van de uitkomsten van de behandeling of begeleiding beoordeelt de burger/cliënt als eerste zelf de effectiviteit, en reflecteert daarop met naasten. Daarna gaat het om het 'meten' van uitkomsten, en die leiden tot een meet-spreek-verbetercyclus met professionals en naasten. Bij behandelings- of begeleidingstrajecten is deze

volgorde vaak omgedraaid: na een gezamenlijke evaluatie met de professional vindt nog een individuele evaluatie en reflectie plaats. In de hierop volgende ontwikkelstap wordt deze evaluatie verbreed door deze te vergelijken met ervaringen van andere cliënten en burgers. Op die manier kan ook onderling geleerd worden, en vanuit ervaringsdeskundigheid kan beter input worden gegeven aan professionals, instellingen en gemeenten.

De individuele cliënt stelt zichzelf in dit proces steeds de volgende vragen:

- Is voor mijzelf duidelijk wat mijn probleem en mijn doel zijn?
- Ben ik ervan overtuigd dat de gekozen aanpak mij kan helpen?
- Vind ik dat de aanpak heeft geholpen mijn doel te bereiken?

Bij een 'nee' op een van deze vragen sluit het aanbod blijkbaar niet aan op de vraag van de cliënt / burger. Het doel van de vragen is om als startpunt te fungeren voor een dialoog met de eigen omgeving en de hulpverlener.

## 5.2 Samen lerend doen wat werkt door (zorg) professionals

Bij professionals (zowel professionals in zorg en welzijn voor jeugd, als beleids- en bestuursprofessionals) vindt de individuele leercyclus (onderdeel van figuur 4.3) plaats bij de individuele professional en diens team. De professional wordt geconfronteerd met een burger/cliënt met een hulpvraag of met een maatschappelijk probleem. Hij of zij stelt een doel en bepaalt daarvoor de meest geschikte aanpak. Daarvoor informeert hij of zij zich door middel van de voor hem of haar beschikbare kennis. Voor de professional in zorg en welzijn is kennis uit de drie kennisbronnen vaak samengevat in richtlijnen en protocollen; voor beleidsprofessionals steeds vaker in handreikingen (in bijlage 2 'Hulpmiddelen voor een effectief jeugdstelsel' is beschreven waar het instrumentarium voor een effectief stelsel minimaal uit zou kunnen bestaan).

De professionals in zorg en welzijn leggen hun probleem-analyse en hun voorstel voor de aanpak van het probleem voor aan de burger/cliënt en gezamenlijk stellen ze het probleem, het doel en de aanpak vast. Dat is uitgewerkt in figuur 5.1. Dat gezamenlijke plan wordt uitgevoerd en bijgesteld. Vervolgens evalueert de professional of het plan is voltooid, of het doel is gerealiseerd, of hij/



zij tevreden is over het resultaat. Na reflectie op die uitkomsten worden doel en plan zo nodig bijgesteld. In een hulpverleningssetting vindt eerst een gezamenlijke evaluatie met de cliënt plaats en dan de individuele evaluatie en reflectie door de professional.

De collectieve leerproces (onderdeel van figuur 4.3) vindt in kleine kring plaats (vaak lokaal of regionaal) via intervisie of intercollegiale toetsing, en in grotere kring (veelal landelijk) via beroepsorganisaties en brancheverenigingen. Die organisaties en organen verzamelen ervaringen van groepen professionals, reflecteren daarop en vormen die om tot praktijkkennis die onderdeel kan worden van de body of knowledge. Vervolgens kan die gebundelde kennis (over problemen en over wat werkt; bijvoorbeeld in de vorm van bijgestelde richtlijnen of aanpassing van curricula van beroepsopleidingen) door individuele professionals worden ingezet voor hun doel- en planbepaling.

Bij het evalueren van een aanpak worden eerst de uitkomsten gemeten, en die leiden tot een meet-spreek-verbetercyclus voor de individuele professional. In de hierop volgende ontwikkelstap wordt deze evaluatie verbreed door deze te vergelijken met aanpakken en uitkomsten van andere professionals of zelfs teams (benchmarking). Op die manier kan ook geleerd worden van de aanpakken en uitkomsten van andere professionals en teams.

De individuele professional stelt zichzelf hierbij steeds de volgende vragen:

- Kan ik mijn aanpak uitleggen? En kan ik aangeven welke kennisbronnen ik heb gebruikt om tot mijn keuze/voorstel te komen?
- Heeft mijn aanpak effect of resultaat? Volgens mezelf en volgens de cliënt? En kan ik dat ondersteunen met objectieve metingen?
- Wat zou ik een volgende keer weer of anders doen?

Ook hier geldt weer dat het doel van de vragen is om als startpunt te fungeren voor een dialoog met andere professionals.

In een team van professionals, maar ook wel voor de individuele professional, komt hier nog een vierde vraag bij:

- Hoe kan ik hierbij gebruikmaken van kennis (uit wetenschap, beroepspraktijk en cliëntervaringen)?

Samen lerend doen wat werkt is in deze zin haalbaar voor zowel de professionals in de gespecialiseerde jeugdhulp, als voor professionals in de wijkteams jeugd.

### 5.3 Samen lerend doen wat werkt in de interactie tussen professionals en cliënten Zorgpaden en begeleidingstrajecten

Burgers/cliënten en professionals in zorg en welzijn ontmoeten elkaar doorgaans rond een zorgvraag of de aanpak van een maatschappelijk probleem. Om ook in die situaties lerend te werken, moeten de leercycli van de burgers/cliënten en van de professionals aan elkaar worden verbonden. Dat gebeurt door het probleem, het doel en de aanpak gezamenlijk te bepalen, door gezamenlijk te evalueren en reflecteren, en door de aanpak gezamenlijk bij te stellen. Dit proces is weergegeven in figuur 5.1. In het centrum van deze figuur staat de gezamenlijke leerproces, 'omringd' door de 'individuele' en 'collectieve' leercycli van cliënten/burgers en professionals.

#### Checklist met kwaliteitsvragen

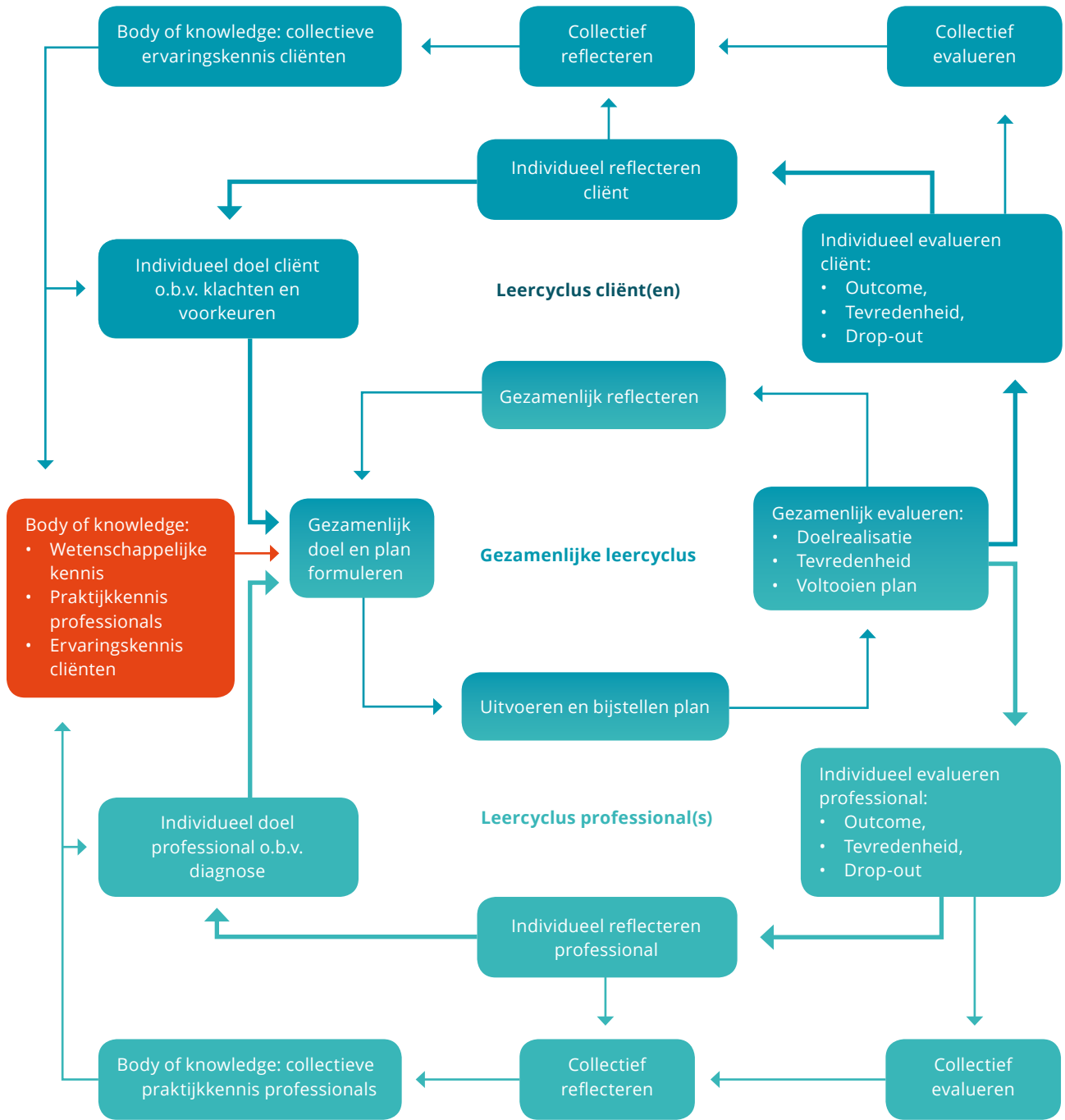
Bij de stap van problemen, persoonlijke doelen, ervaringen en voorkeuren (het 'plan') naar het gebruikmaken van behandel- en/of begeleidingsaanbod van professionals kunnen de volgende vragen de cliënt/burger (als vragende partij in de interactie) helpen om de kwaliteit van het aanbod te beoordelen, en desgewenst het gesprek daarover aan te gaan:

- Biedt de professional mij de best bewezen werkzame begeleiding of ondersteuning?
- Voert de professional geen overbodige diagnostiek/beoordeling uit?
- Doet de zorg, begeleiding of ondersteuning die de professional biedt mij meer goed dan kwaad?
- Heb ik de zorg, begeleiding of ondersteuning die de professional biedt (nog) echt nodig?

Deze vragen kan de cliënt/burger ook concreet stellen aan de professional om de dialoog te structureren over de aansluiting tussen de vraag en het aanbod.

Als deze vragen bevestigend beantwoord worden, weet de cliënt of burger of hij/zij de beste zorg krijgt, en draagt hij/zij bij aan duurzaam betere zorg. En die beste zorg is vaak ook de goedkoopste. Een vijfde vraag zou nog kunnen zijn: Is de professional iemand die mij deskundig antwoord kan geven? Of: Heeft de organisatie van de professional ervoor gezorgd dat de professional deskundig antwoord kan geven? Deze vragen zijn ook bruikbaar om vanuit cliënt-/burgerperspectief het beleid van aanbieders/instellingen en gemeenten te beïnvloeden. Wanneer de vragen met 'nee' worden beantwoord, dan schort er iets, en dat kan aanleiding zijn om het gesprek aan te gaan zodat de werkwijzen of het beleid kunnen worden aangepast. Het is belangrijk om de vragen niet als 'afvinklijstjes' te gebruiken, maar als uitgangspunt voor een gesprek daarover ('conversation starters').

**Figuur 5.1 Samen lerend doen wat werkt in de uitvoeringspraktijk**



Als alternatief daarvoor kunnen de ‘3 goede vragen’ worden gebruikt, afkomstig uit de gezondheidszorg.<sup>34</sup> Deze vragen zijn wat minder specifiek op behandeling gericht:

- Wat zijn mijn mogelijkheden?
- Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?
- Wat betekent dat in mijn situatie?

## 5.4 De rol van cliënten: familiegroepsplan, samen beslissen en kernwaarden

### Het familiegroepsplan

Om de positie van cliënten en gezinnen te versterken, is in de Jeugdwet het ‘familiegroepsplan’ opgenomen als instrument.<sup>35</sup> Ouders hebben de mogelijkheid om een familiegroepsplan op te stellen waarin ze aangeven hoe ze de opvoed- en opgroeisituatie voor hun kind(eren) willen verbeteren. Ze kunnen dat baseren op hun eigen ervaringen over wat voor hen werkt, en op hun eigen voorkeuren. Ouders doen dat samen met familie, vrienden en anderen uit de sociale omgeving van hun kind; dat is vastgelegd in de Jeugdwet. In het familiegroepsplan ligt vast wat ouders zelf kunnen doen, wat zij met hulp van mensen uit hun omgeving kunnen doen, welke concrete doelen ze daarbij willen behalen, en welke professionele hulp en ondersteuning zij daarbij nodig hebben.

Met het familiegroepsplan krijgen ouders, gezinnen en hun netwerk de mogelijkheid om de regie te voeren over de hulp die zij nodig hebben. De manier waarop gezinnen het familiegroepsplan tot stand brengen, staat vrij. Gezinnen mogen ook zelf bepalen hoe het plan eruitziet. Het hoeft niet aan bepaalde criteria te voldoen.

### De rol van gemeenten en de kinderrechter

Gemeenten zijn verplicht gezinnen te wijzen op het recht een familiegroepsplan op te stellen, en om ondersteuning te bieden bij het opstellen daarvan.

Ontbreekt een familiegroepsplan? Dan geven professionals de ouders uitleg over het familiegroepsplan en over de mogelijkheden die er in de gemeente zijn om hulp te krijgen bij het opstellen ervan.

Volgens de Jeugdwet biedt ook de kinderrechter gezinnen de gelegenheid om een familiegroepsplan te maken voordat hij/zij een machtiging of een voorwaardelijke machtiging tot gesloten jeugdhulp verleent of wanneer een vervallenverklaring van de plaatsing voorligt.

Ouders kunnen aangeven of zij daar gebruik van wensen te maken of niet. Als concrete bedreigingen in de ontwikkeling daar aanleiding toe geven of als het de belangen van het kind op een andere manier schaadt, kan de kinderrechter besluiten gezinnen geen gelegenheid te bieden een familiegroepsplan te maken. De kinderrechter

maakt hierbij ook de afweging of een familiegroepsplan juist wel kan bijdragen aan meer veiligheid voor en een betere ontwikkeling van het kind.

### Geen familiegroepsplan?

Ook als ouders ervan afzien een familiegroepsplan te maken, kunnen professionals werken aan het versterken van eigen kracht, en de regie over de hulp bij het gezin leggen. Zo blijven zij hun eigen praktijkervaring verbinden met de beschikbare kennis uit bijvoorbeeld richtlijnen en de ervaringen en voorkeuren van de cliënten.

De Jeugdwet bepaalt dat bij hulp bij vroege signalering van problemen, bij verlening van jeugdhulp en bij de uitvoering van kindbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering gewerkt wordt op basis van een hulpverleningsplan. De hulpverlener en de ouders en de jeugdige stellen dit plan gezamenlijk op. Daarbij kijken zij naar de mogelijkheden die ouders en hun netwerk hebben om de problemen aan te pakken. Op deze manier is het familiegroepsplan ingebed in het professionele handelen van de hulpverlener.

### Samen beslissen over passende hulp

De beroepsverenigingen van psychologen, orthopedagogen en maatschappelijk werkers (NIP, NVO en NVMW) werken aan richtlijnen voor jeugdhulpprofessionals. De richtlijnen zijn gebaseerd op wetenschappelijke kennis, praktijkkennis en ervaringsdeskundigheid van cliënten. Bij de richtlijnontwikkeling is een specifieke ‘cliëntentafel’ gevormd om de inbreng van ervaringskennis van cliënten goed te borgen. Een van de richtlijnen gaat specifiek over het samen met ouders en jeugdigen beslissen over passende hulp.<sup>36</sup> Deze richtlijn kan ook als er geen familiegroepsplan is helpen om de positie van cliënten te versterken in het hulpverleningsproces.

### Met hulp van ervaringsdeskundigen

Ouders die met opvoedingsvragen zitten of een kind met problemen hebben, kunnen gebaat zijn bij contact met andere ouders in een vergelijkbare situatie. Ouders kunnen tips uitwisselen over wat zij nodig hebben om goed met vragen of problemen om te gaan. Dit kan hun eigen kracht versterken. Er bestaan allerlei organisaties die lotgenotencontact ondersteunen. Bijvoorbeeld Balans, een landelijke vereniging voor ouders van kinderen met een leer- en/of gedragsstoornis zoals ADHD, dyslexie, Asperger en PDD-NOS. Mogelijk kunnen ook cliëntenraden van instellingen een rol spelen in het voorlichten en begeleiden van andere ouders en jeugdigen binnen die instelling.

<sup>34</sup> Zie [www.3goedevragen.nl](http://www.3goedevragen.nl)

<sup>35</sup> Zie VNG (2016).

<sup>36</sup> Zie <http://richtlijnenjeugdhulp.nl/samen-beslissen-over-passende-hulp/>.

### De kernwaarden van De La Salle

Een ander voorbeeld van de verbinding tussen de drie kennisbronnen met een stevig accent op het cliënt-perspectief, zijn de kernwaarden van De La Salle.<sup>37</sup> In dit behandelcentrum staat de ontwikkeling van de jongere centraal. De tien kernwaarden van De La Salle zijn dan ook samen met jongeren opgesteld en vormen de basis-houding van iedere werknemer:

- Luister naar mij
- Praat met mij en niet tegen mij
- Neem de tijd voor mij
- Neem mij serieus
- Vertrouw mij
- Laat me het (zo veel mogelijk) zelf doen
- Leer mij mijzelf te helpen/ontwikkelen
- Laat mij van betekenis zijn
- Geloof (in) mij
- Bouw mee aan mijn toekomst

Jongeren van De La Salle hebben samen met beeldend kunstenaar Tom L'Istelle bedacht hoe ze de tien kernwaarden visueel konden maken. Dit resulteerde in een sculptuur (zie figuur 5.2). Het trotse figuur symboliseert de jongeren en staat met beide benen stevig op de grond. Ieder voorwerp dat aan het hoofd of lichaam bevestigd kan worden, staat symbool voor een van de tien kernwaarden. Zo betekent de bril 'neem de tijd voor mij', de mond zegt 'praat met mij', de ladder staat voor 'leer mij mezelf te ontwikkelen', et cetera.



Tot slot kunnen ook de kwaliteitsvragen uit paragraaf 5.3 helpen om het perspectief van de cliënt in de zorg te versterken en vanuit het perspectief van de cliënt 'lerend en ontwikkelend te doen wat werkt'.

### 5.5 De rol van professionals; dilemma's in samenwerking rond complexe casuïstiek

Om het model voor evidence-based practice (EBP) bruikbaar te maken voor de individuele professional, moet om te beginnen het op 'collectief' niveau uitgewerkte model (zie figuur 2.1) vertaald worden naar het individuele niveau. Vervolgens kan worden uitgewerkt hoe 'samen lerend doen wat werkt' eruitziet op uitvoeringsniveau, voor de professional.

Bij het ontwikkelen, inrichten en onderzoeken van hulp is evidence-based practice samen te vatten als het wegen van kennis vanuit verschillende bronnen: kennis vanuit wetenschappelijk onderzoek, kennis vanuit praktijk, en ervaringskennis. Het 'wegen' van die kennisbronnen, ofwel 'afwegen', is de kern van lerend doen wat werkt of evidence-based practice in de uitvoeringspraktijk. De 'afweging' vormt als het ware het middelpunt van de driehoek met kennisbronnen, de evidence-based practice. In de alledaagse hectiek van de jeugdhulp is het niet vanzelfsprekend om 'bewust' afwegingen te maken op basis van de verschillende kennisbronnen. Toch maken professionals dagelijks tal van afwegingen.

Professionals in de jeugdhulp zijn er in allerlei soorten en maten: met diverse achtergronden, diverse opleidingen, diverse beroepen, functies en taakomschrijvingen. Ze werken met zeer diverse doelgroepen, waar ieder individu of gezin weer zijn of haar eigen ervaringen, vragen en voorkeuren heeft. Vervolgens werken deze professionals in heel diverse organisaties of teams (er zijn bijvoorbeeld grote verschillen tussen eerstelijnswijkteams, Veilig Thuis-organisaties en gespecialiseerde instellingen), aan de hand van verschillende kaders, methoden en structuren. Al deze factoren spelen een rol bij het 'afwegen'.

#### Werken met een 'vertaling'

Het EBP-model ziet er voor professionals nét anders uit: professionals komen (meestal) niet met wetenschappelijke kennis in aanraking via gepubliceerde artikelen en dergelijke, maar veelal via een 'vertaling' daarvan in interventies, zorgpaden, richtlijnen, protocollen et cetera. Er mag verwacht worden dat deze vertalingen gebaseerd zijn op alle drie de kennisbronnen, maar dan op het niveau van een populatie of doelgroep ('wat werkt in het algemeen

<sup>37</sup> De La Salle is een specialistisch orthopedagogisch behandelcentrum voor jongeren met een licht verstandelijke beperking, gecombineerd met gedragsproblemen en/of psychiatrische problematiek.

bij ernstige gedragsproblemen'). In de dagelijkse praktijk gaat het over een individuele casus, een individueel gezin. Evidence-based practice betekent dan dus dat er weer een afweging wordt gemaakt: wat werkt in deze situatie ('wat werkt voor *dit* kind met deze ernstige gedragsproblemen'). Dus niet: klakkeloos een zorgpad, richtlijn of interventie volgen; maar deze *vakkundig benutten* voor hulp aan dit ene kind, deze ene jongere, dit ene gezin.

Dit leidt tot enkele veel voorkomende dilemma's voor de professional:

- Wat is het gewicht van 'collectieve kennis' en wat is het gewicht van 'individuele kennis' in een unieke cliënt-hulpverlenerssituatie? Een voorbeeld: Een cliënt haakt bij een groepsinterventie na de derde van tien sessies af. Dat past niet in het protocol, maar de professional moet wel iets doen.
- Hoe kan de professional hetgeen hij of zij wel weet (vanuit de wetenschap, vanuit zichzelf, vanuit de cliënt), afwegen tegen hetgeen hij of zij niet weet? Een voorbeeld: Bij Veilig Thuis wordt een melding gedaan over een kind in een gezin, waarbij de drugs- en psychische problematiek die er speelt niet ernstig genoeg is voor gedwongen ingrijpen. De jeugd-gezondheidszorg is niet op de hoogte, en ziet bij een ander, jonger kind uit dit gezin geen signalen. De medewerker geeft daar dus ook geen extra aandacht aan.
- Een professional heeft niet volledige professionele autonomie, hij of zij heeft ook te maken met de keuzes van het team, de organisatie, de gemeente, de regio et cetera. Een voorbeeld: Een bepaalde effectieve interventie is niet 'ingekocht' in een gemeente. Evidence-based werken zou aantrekkelijker gemaakt kunnen worden voor professionals als dat minder vrijblijvend zou zijn voor gemeenten.

Deze dilemma's leiden tot drie kernvragen aan de hand waarvan de lerende professional kan nagaan of hij of zij voldoende 'meesterschap en rekenschap' toont:

- Kan ik mijn aanpak uitleggen? En kan ik aangeven welke kennisbronnen ik heb gebruikt om tot mijn keuze of voorstel te komen?
- Heeft mijn aanpak effect of resultaat? Volgens mezelf en volgens de cliënt? En kan ik dat ondersteunen met objectieve metingen?
- Wat zou ik een volgende keer weer of anders doen om het beter te doen?
- Hoe kan ik hierbij gebruikmaken van kennis (uit wetenschap, beroepspraktijk en cliëntervaringen)?

### Wederzijdse afhankelijkheid

In het vakkundig benutten van methoden, interventies en richtlijnen heeft de professional zelf een rol, maar dit handelen kan niet los gezien worden van het niveau van de organisatie en dat van het beleid/inkoop. Dit is in figuur 2.2 duidelijk weergegeven in drie speelvelden. Een professional is voor de uitvoering van hulp (ook) afhankelijk van het beleid van de gemeente of regio, en van de keuzes binnen de organisatie. Alles valt of staat dus bij 'flexibel werken met kennis over wat werkt', zoals weergegeven in figuur 2.3.

Bij de casus in het tekstkader hiernaast zijn veel professionals in beeld. Het voorbeeld maakt duidelijk dat 'samen lerend doen wat werkt' vaak niet door één professional alleen kan worden gedaan.

Professionals en een vrijwilliger met een verschillende achtergrond en opleiding stellen andere prioriteiten in de aanpak van de problemen van dit gezin: financiën, veiligheid van het kind of behandeling; elk gebaseerd op hun eigen afweging op basis van 'evidence' vanuit hun eigen achtergrond. Toch moeten ze met elkaar én met het gezin tot één aanpak komen.

Dit maakt duidelijk dat het nodig is om elkaars deskundigheid te erkennen en te voorkomen onderling in een patstelling te komen. Professionals moeten elkaar niet vertellen wat ze moeten doen, maar samen optrekken in leren wat te doen. Ze moeten gezamenlijk de verschillende brokken evidence combineren en wegen. De kennis over 'het gemiddelde' uit bijvoorbeeld richtlijnen is dan minder bruikbaar dan praktijkkennis van de professionals en de ervaringen van het gezin. Om de verschillende soorten kennis goed te kunnen afwegen en afstemmen, is er een gedeelde taal nodig, en moet er ruimte zijn om gezamenlijk te leren. Het gaat om een gezamenlijk belang om verder te komen, niet om 'wie is de baas?'.



### Complexe casus met jeugd- en opvoedhulp en jeugd-ggz

- Meisje van 10 jaar met heftige gedragsproblematiek, komt niet tot leren, schoolverzuim, grensoverschrijdend gedrag jegens autoriteit, biologische vader uit beeld, vies huis, financiële problematiek. Moeder is overbelast, heeft geen emotionele ruimte om er te zijn voor haar kinderen.
- Heftige incidenten met fysieke mishandeling hebben tot uithuisplaatsing geleid. Een hbo-professional heeft regie vanuit haar rol binnen de crisisopvang van een van de kinderen. Professional is geregistreerd en hanteert richtlijnen. Er is wekelijks overleg in het team in aanwezigheid van de orthopedagoog.
- Door orthopedagoog van de jeugdhulpverleningstak/crisisopvang is een integratief diagnostisch beeld opgesteld met onderliggende risicotaxaties, ernsttaxaties, onderzoek op basis van enkele hypothesen, er is samengewerkt met ouders en kinderen (handelingsgericht gewerkt) et cetera.
- Bij het opstellen van het plan van aanpak wordt samen met moeder besloten dat onder andere eerst de financiële problematiek moet worden opgelost wil moeder de ruimte krijgen voor een veilige opvoeding van dit kind en een ondersteunende rol in eventuele behandeling. Onder andere daarom is afgesproken dat het kind voorlopig nog even op de crisisgroep blijft die valt binnen reguliere jeugdhulp. Tijdens verblijf wordt er gewerkt aan gedragsproblemen en is er begeleiding, zowel voor het kind als voor het gehele gezinssysteem.
- Moeder heeft via het sociale wijkteam voor haar financiële problematiek een vrijwilliger gevonden die haar hierbij wil helpen. Deze vrijwilliger is accountant en helpt vaker gezinnen bij het op orde brengen van de financiële huishouding. Daarnaast wordt er huishoudelijke hulp aangeboden voor de chaos in huis. Moeder is blij met deze regeling. De vrijwilliger is haar tot grote steun. De vrijwilliger heeft echter grote zorgen, de financiële zorgen blijken nog groter dan verwacht: uitzetting uit huurhuis dreigt en de stapel ongeopende rekeningen is enorm. Het duurt nog even voordat dit op orde is.
- Bij de planbespreking schuift ook gz-psycholoog aan vanuit de ggz-tak van de organisatie. Deze vindt dat het kind een behandeling nodig heeft vanuit emotionele stoornissen en dat er eerst aanvullend onderzoek moet worden uitgevoerd. Dit betekent binnen deze organisatie dat de psychiater de hoofdbehandelaar van het kind wordt. De psychiater is het eens met het voorstel van de gz-psycholoog.
- De orthopedagoog vindt dat dit kind begeleid kan worden vanuit de jeugdhulpverleningstak, en dat de casusregie daar kan blijven. Zij vindt dat men met behandeling nog even moet wachten. Wanneer na enige tijd blijkt dat er aanvullende ggz-hulp nodig is, en ook moeder hierbij steunend aanwezig kan zijn, is de tijd hier pas rijp voor.

### 5.6 Reflectie op de voorbeelden rond cliënt en professional

De voorbeelden in paragraaf 5.4 en 5.5 leren ons:

- Verschillende instrumenten die de positie van de cliënt in de zorg versterken (familiegroepsplan, richtlijn 'Samen beslissen over passende hulp', gezamenlijk geformuleerde kernwaarden, vragen die de cliënt aan de hulpverlener kan stellen), helpen om in de uitvoerende zorg ook vanuit cliëntperspectief 'samen lerend te doen wat werkt'.
- Het wikken en wegen in de samenwerking tussen cliënt en professional heeft betrekking op een mix van algemeen werkzame factoren, goed onderbouwde en effectieve (elementen van) interventies en aanpakken; in combinatie met de ervaringen en voorkeuren van cliënten en professionals.
- De casus met complexe casuïstiek met meerdere professionals en vrijwilligers leert ons dat professionals in zo'n casus elkaars deskundigheid moeten erkennen. Niet elkaar vertellen wat te doen, maar samen optrekken in leren wat te doen vanuit een gedeeld belang om verder te komen.
- Om samen lerend te kunnen doen wat werkt, is het van belang dat professionals de ruimte hebben om met elkaar te reflecteren op hun werk en om in supervisie en intervisie het gecombineerde gebruik van de drie kennisbronnen wetenschappelijke kennis (inclusief waar die te vinden), praktijkkennis (inclusief collegiale consultatie) en cliëntervaringen (inclusief hoe daar effectief naar te vragen) in te bedden.

# 6 Aanbieders en gemeenten: de beleidspraktijk

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe de interactie tussen instellingen en gemeenten eruitziet in een evidence-based praktijk.

Eerst komen de kwaliteitscyclus van instellingen en de beleidscyclus van gemeenten aan bod. De interactie tussen zorgaanbieders en gemeenten leidt dan tot een derde, gezamenlijke leercyclus.

Voorbeelden van instelling Accare en gemeente Rotterdam maken inzichtelijk op welke manier evidence-based werken in praktijk wordt gebracht, en wat daarbij komt kijken.

## 6.1 Samen lerend doen wat werkt door aanbieders

Bij aanbieders van zorg en welzijn (veelal bestuurders, management en stafafdelingen van instellingen) heeft de individuele leercyclus (onderdeel van figuur 4.3) het karakter van een kwaliteitscyclus (plan-do-study-act). In het in figuur 2.7 weergegeven model voor sturen op kwaliteit in de jeugdhulp is dit al grotendeels uitgewerkt. De instelling signaleert een maatschappelijk probleem waarvoor zij met haar expertise een oplossing zou kunnen bieden. Op basis van de beschikbare kennis uit de body of knowledge over de aard en oorzaken van het probleem en de beschikbare oplossingen (in bijlage 2 ‘Hulpmiddelen voor een effectief jeugdstelsel’ is beschreven waar het instrumentarium voor een effectief stelsel minimaal uit zou kunnen bestaan), kiest de instelling een aanpak. Die aanpak wordt uitgevoerd (na inkoop door gemeenten of andere financiers; zie figuur 6.1), geëvalueerd en er wordt op de uitkomsten gereflecteerd. Op basis daarvan wordt de aanpak waar nodig bijgesteld.

De collectieve leercyclus (onderdeel van figuur 4.3) vindt in kleinere kring (vaak regionaal) plaats via netwerken of platforms, en in grotere kring (veelal landelijk) via brancheorganisaties en andere samenwerkingsverbanden tussen aanbieders, zoals het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland (SEJN) of het Routine Outcome Monitoring Consortium voor de Kinder- en Adolescentenpsychiatrie (ROMCKAP); vaak ondersteund door kennisinstituten. Op basis van de gezamenlijke uitkomsten wordt collectieve reflectie georganiseerd die leidt tot een bijdrage aan de body of knowledge en waar nodig tot bijstelling van het beleid van groepen instellingen.

Bij het evalueren van beleid is de eerste stap het meten van uitkomsten en die laten uitmonden in een meet-spreek-verbetercyclus binnen de instelling of

werkgemeenschap. Daarbij spelen uiteraard niet alleen de ‘gemeten’ uitkomsten van aanpakken of interventies een rol, maar ook de feedback van professionals en cliënten.

In de hierop volgende ontwikkelstap wordt deze evaluatie verbreed naar een vergelijking met aanpakken en uitkomsten van andere instellingen (benchmarking). Op die manier kan er ook geleerd worden van de aanpakken en uitkomsten van andere instellingen.

De medewerkers van individuele aanbieders stellen bij het formuleren van een aanbod voor zorg en/of welzijn steeds de volgende kernvragen:

- Past ons aanbod bij de belangrijkste vragen van cliënten en de samenleving?
- Werkt ons aanbod op basis van de best beschikbare kennis?
- Voeren we het aanbod zodanig uit (methoden, competenties van medewerkers) dat het ook in de praktijk zal werken?
- Evalueren we doorlopend de effectiviteit van ons aanbod en reflecteren we systematisch en in dialoog met partners op die uitkomsten?

De bedoeling van deze vragen is om steeds kritisch te reflecteren en om als ‘conversation starters’ te fungeren voor de dialoog binnen de instelling en met andere organisaties.

## 6.2 Samen lerend doen wat werkt door gemeenten

Voor de leercyclus van individuele gemeenten (beleids- en bestuursprofessionals; zowel wethouders als ambtenaren) hanteren we als denkmodel de beleidscyclus of de plan-do-check-actcyclus (zie figuur 4.1). In het in figuur 2.7 weergegeven model voor sturen op kwaliteit in de jeugdhulp is dit al grotendeels uitgewerkt.

De gemeente bepaalt doelen voor het jeugdbeleid op basis van de resultaten uit de monitoring van de ‘staat van de jeugd’, en op basis van signalen uit de lokale samenleving. Ook bredere maatschappelijke doelen en wetgeving worden vertaald naar doelen voor het gemeentelijk jeugdbeleid. Op basis van de beschikbare kennis kiest een gemeente voor een aanpak om de doelen uit het jeugdbeleid te realiseren. Daarvoor is het van belang dat de beschikbare kennis ook voor beleidsmakers, inkoopers en bestuurders in gemeenten toegankelijk is gemaakt (in bijlage 2 ‘Hulpmiddelen voor een effectief jeugdstelsel’ is beschreven waar het instrumentarium voor een effectief stelsel minimaal uit zou kunnen bestaan).

De gemeente treedt in de regel op als inkoper bij aanbieders van zorg en welzijn; deze interactie is uitgewerkt in figuur 6.1. De gemeenten evalueren de uitkomsten van hun beleid, reflecteren daarop (vanuit informatie over de effecten van hun beleid en gebundelde ervaringen van cliëntenorganisatie en professionals/instellingen) en stellen het beleid en de aanpak waar nodig bij.

De collectieve leercyclus van gemeenten (onderdeel van figuur 4.3) vindt in kleinere kring (veelal regionaal) plaats via netwerken en regionale samenwerkingsverbanden, en in grotere kring via de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en haar gremia (J42, V42, G32, G4), vaak ondersteund door kennisinstituten. Op basis van de gezamenlijke uitkomsten wordt collectieve reflectie georganiseerd die leidt tot een bijdrage aan de body of knowledge (bijvoorbeeld in de vorm van handreikingen voor gemeenten). Waar nodig voor het beleid van groepen gemeenten bijgesteld.

Bij het evalueren van beleid is de eerste stap het meten van uitkomsten en die laten uitmonden in een meet-spreek-verbetercyclus binnen de gemeente. In de hierop volgende ontwikkelstap wordt deze evaluatie verbreed naar een vergelijking met aanpakken en uitkomsten van andere gemeenten, zodat er ook onderling geleerd kan worden.

De medewerkers van individuele gemeenten stellen bij het formuleren van het jeugdbeleid en het bijbehorende inkoopproces steeds de volgende kernvragen:

- Pakken we de voor onze gemeente belangrijkste problemen aan?
- Verwachten we op basis van de best beschikbare kennis dat de aanpak die we kiezen ook werkt?
- Wordt de gekozen aanpak ook uitgevoerd door de gecontracteerde instellingen?
- Evalueren we doorlopend de effectiviteit van onze aanpak en reflecteren we systematisch en in dialoog met partners op die uitkomsten?

Ook deze vragen hebben als doel systematisch reflecteren en de dialoog binnen de gemeente en met andere gemeenten te faciliteren.

### 6.3 Samen lerend doen wat werkt in de interactie tussen gemeenten en aanbieders

Gemeenten en instellingen ontmoeten elkaar doorgaans rond de inkoop van zorg en welzijn voor de aanpak van een maatschappelijk probleem. Om ook in die situatie lerend te werken, moeten de leercycli van de instellingen (kwaliteitscyclus) en van de gemeenten (beleidscyclus) aan elkaar worden verbonden. Dat gebeurt door gezamenlijk het probleem, het doel en de aanpak te bepalen, gezamenlijke te evalueren en reflecteren en de aanpak gezamenlijk bij te stellen. Dit proces is weergegeven in figuur 6.1. Het centrum van de figuur geeft de gezamenlijke

leercyclus aan, 'omringd' door de 'individuele' en 'collectieve' leercycli van gemeenten en instellingen.

In deze interactie op beleidsniveau kunnen gemeenten de volgende kwaliteitsvragen hanteren om de kwaliteit van het aanbod te beoordelen en zo nodig het gesprek daarover aan te gaan:

- Kunnen de instellingen onderbouwen waarom hun aanbod bijdraagt tot het oplossen van de problemen of de maatschappelijke vraagstukken die de gemeente met het jeugdbeleid wil aanpakken?
- Kunnen de instellingen aantonen dat ze de effectiviteit van het aanbod monitoren op uitval, cliënttevredenheid en doelrealisatie?
- Gebruiken de instellingen de resultaatmonitoring voor maatregelen die het aanbod steeds beter maken?
- Delen de instellingen hun kennis via lokale samenwerkingsverbanden, regionale werkplaatsen en landelijke kennisinstituten?

Ook hier is het weer belangrijk om de vragen niet als 'afvinklijstjes' te gebruiken, maar als uitgangspunt voor een gesprek daarover ('conversation starters').

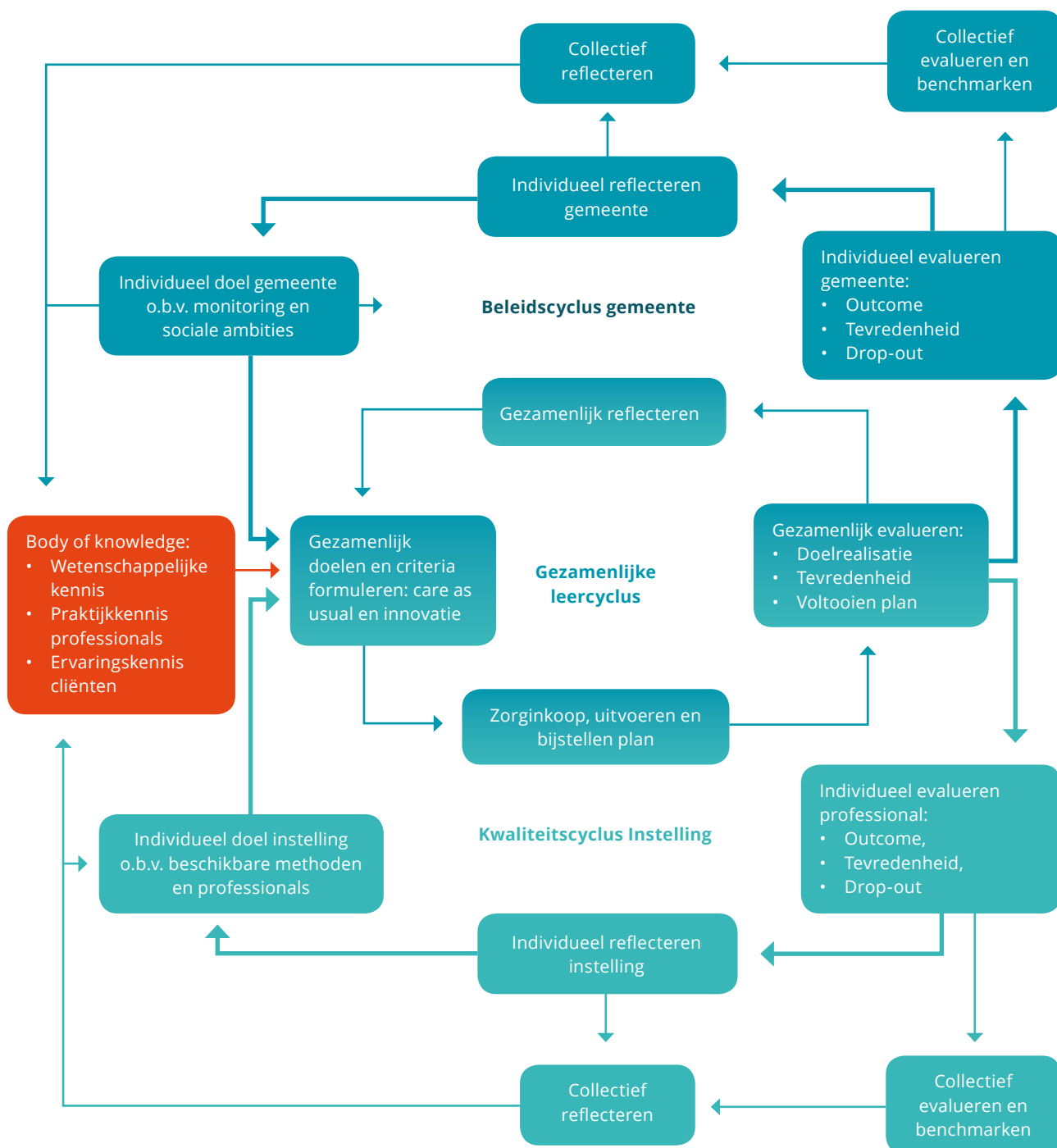
### 6.4 Voorbeeld: evidence-based werken bij Accare 2006-2016

Accare is een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie in het Noorden van het land. De afgelopen tien jaar heeft Accare stelselmatig gewerkt aan een evidence-based praktijk. Met als resultaat dat in acht jaar tijd cumulatief zestig miljoen is bespaard door minder klinische opnames en een kortere behandelduur. Daardoor zijn met dezelfde middelen 12.000 meer ambulante behandelingen geboden.

Accare gebruikte hierbij de definitie van evidence-based practice van Sackett (Sackett et al., 1997): het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van het huidige beste bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor individuele patiënten. De praktijk van evidence-based practice impliceert het integreren van individuele klinische expertise met het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is, in combinatie met de voorkeuren, wensen en verwachtingen van de patiënt/cliënt/burger.

Geleidelijk aan is de medewerkers gevraagd om hetgeen ze doen te onderbouwen, en stap voor stap is de organisatie gestopt met dingen die niet op evidence gebaseerd waren. De definitie werkt omdat die gaat over: én het beste bewijsmateriaal, én de hoogwaardige kwaliteit van de individuele professional, én de wensen of voorkeuren van de cliënt of burger.

**Figuur 6.1 Samen lerend doen wat werkt in de beleidspraktijk**



De bedoeling van evidence-based practice is om op onderbouwde wijze te komen tot optimale beslissingen, zowel in het primaire proces (welke zorg aan deze cliënt) als in de organisatie (bijvoorbeeld: wat ga ik met het personeelsbeleid doen).

De basis van evidence-based practice bestaat onder andere uit de volgende activiteiten: gebruik van actuele literatuur, gebruik van kennis van de beste professionals binnen een bepaald thema, continu onderzoek uitvoeren,

bepalen van het aan te pakken thema aan de hand van epidemiologie, evalueren, pilots uitvoeren (uitkomsten benutten!) en kosten-batenanalyses uitvoeren.

Niet voor elke aanpak is er wetenschappelijk bewijs te vinden. Als er geen wetenschappelijk bewijs beschikbaar is, dan consulteren de professionals van Accare een collega die daarover het meeste weet. Die werkwijze hoort bij evidence-based practice. Binnen Accare stimuleren collega's elkaar daartoe.

Kosten-batenanalyses zijn geen sterk punt van de jeugdsector. Vooral de baten zijn nog moeilijk in geld uit te drukken. Dit wordt wel steeds belangrijk. Zorg is duur, maar dat kun je pas concluderen als de opbrengsten laag zijn, en daar is te weinig over bekend.

Werken volgens de evidence-based practice betekent in de praktijk dat bij Accare op de werkvloer de volgende zaken gemeengoed zijn geworden of aan het worden zijn:

- Er wordt altijd gewerkt in antwoord op de vraag van de klant, rekening houdend met diens voorkeuren. Het is dus individueel afgestemde zorg.

Dit was heidense klus; het kost jaren om evidence-based practice te implementeren. Professionals zijn bijvoorbeeld gewend om ADHD te behandelen, en zijn niet gewend om het kind na de behandeling te stimuleren om naar verjaardagsfeestjes te gaan waar het voor de behandeling door zijn drukke gedrag werd geweerd. Werken met concrete doelen maakt de behandelingen beter. Tegenwoordig is de doelenbespreking het centrum van de behandeling.

- Er wordt altijd gewerkt met best bewezen werkzame kennis. Als er voor een bepaald doel twee methoden zijn, dan kiest men voor de best werkzame of de goedkoopste optie.

Dit is een belangrijke boodschap om professionals (ook in wijkteams) aan te zetten tot evidence-based practice.

- Als er geen best bewezen kennis bestaat, gaan professionals in principe te rade bij mensen die vanuit hun kennis en ervaring het beste op de hoogte zullen zijn.
- Er worden geen nieuwe zorgactiviteiten of -systemen ingevoerd als die niet beter, en/of goedkoper zijn dan de tot dan toe gangbare zorg.
- Er worden geen nieuwe activiteiten ingevoerd die (potentieel) meer kwaad doen dan goed. Het is belangrijk om daarover na te denken en ook te stoppen met activiteiten die niet werken.
- Er wordt geen onnodige diagnostiek uitgevoerd.
- Een behandeling wordt gestopt als de ontwikkeling weer voldoende in beweging is.
- Als er op deze goede gronden nieuwe activiteiten worden ingevoerd, moeten oude activiteiten gestopt worden. Oude activiteiten eruit krijgen blijkt een hele opgave te zijn.
- Doelmatige zorg vraagt evaluatie. Evaluatie is nodig om te kunnen leren. Het gaat om evaluatie van klant-ervaringen, doelmatigheid en kostenefficiëntie en kosteneffectiviteit.

Ook vragen van *cliënten* kunnen de instelling helpen te beoordelen of zij voldoende evidence-based werken, bijvoorbeeld:

- Biedt u mij de beste bekende zorg/ondersteuning voor de vraag waarmee ik bij u kom?
- Doet deze zorg/ondersteuning meer goed dan kwaad?
- Voert u niet te veel diagnostiek uit?
- Gaat u niet te lang door?

### **Een voorbeeld: terugdringen van separaties**

Gaande het traject naar evidence-based werken is bij Accare besloten om de vierhonderd separaties per jaar voortaan te vermijden. Dat was heftig. Toen de organisatie het vertrouwen kreeg dat het zou gaan lukken om dat doel te halen, bleek dat ook de omgeving hier nog aan moest wennen. De deuren van de gesloten afdelingen werden opengezet. Op basis van literatuur was bekend dat dat beter werkt. In het begin was de groepsleiding gespannen, en de maatregel leidde tot veel weglopers. Met als gevolg dat er incidenten plaatsvonden waarbij de politie moest worden opgeroepen om de kinderen terug te brengen, en kinderen pillen gingen halen bij de drogist. Accare heeft besloten te investeren in het uitleggen en toelichten van haar keuze aan politie, kinderartsen enzovoort. Uiteindelijk kwam de omslag. Accare heeft toen nog vier maanden programmamakers van Zembla over de vloer gehad, en dat heeft een mooie documentaire opgeleverd: *Nadia durft niet te leven*.

Door de transitie gaan er op dit moment dingen niet goed. Er zijn minder bedden beschikbaar, en er is een te hoge druk op de crisisafdeling. Er zijn te veel jongeren met te grote problemen in de instelling. Dit leidt nu opnieuw tot enkele separaties, na drie jaren zonder separatie. Het komt voor dat als de kinderpsychiater zegt 'dit is niet-IBS-waardig'<sup>38</sup>, het kind soms ineens in de gesloten jeugdzorg zit. Dat is een schadelijke ontwikkeling. Dit houdt verband met de twee valkuilen waar wijkteams op dit moment mee te maken hebben: ze laten zaken te snel escaleren, of ze modderen juist te lang zelf door.

Om evidence-based practice te bevorderen is het belangrijk dat medewerkers worden opgeleid. Toen Accare begon met evidence-based practice moest ook hier een omslag in komen.

- Uit onderzoek bleek dat cognitieve gedragstherapie de basis van het werk moet zijn. Iedereen moest hierin dus worden opgeleid, als cognitief gedragstherapeut (wo-niveau) of als cognitief gedragswetenschappelijk

<sup>38</sup> IBS = inbewaringstelling; deze wordt opgelegd door de burgemeester op advies van een psychiater. Zonder een IBS kan een jongeren niet gedwongen worden opgenomen in de GGZ; dan kan via de civiele rechter een uithuisplaatsing worden gevraagd die tot opname in de gesloten jeugdzorg kan leiden.



medewerker (hbo-niveau). Daar is een heel opleidingsprogramma met intervisie voor opgezet.

- Speltherapie bleek niet effectief, en is deels afgebouwd en deels omgebouwd.
- Intensieve ambulante gezinsbegeleiding is een brede methodiek voor ambulante thuisbehandeling. Er zijn veel inspanningen verricht om alle actuele kennis (oplossingsgericht werken, systeemtherapie, gedragstherapie, kennis over complexe gezinnen) in deze methodiek te stoppen en iedereen daarin bij te scholen.
- EMDR en intensieve traumabehandeling worden door Accare ingezet; tien jaar geleden werd trauma bijna niet herkend en bijna niet behandeld. Traumabehandeling is een goed voorbeeld van hoe kennis over wat werkt echt tot verbetering leidt: oude traumahandeling (debriefing) bleek averechts te werken en dat wordt nu niet meer uitgevoerd.
- Evidence-based management moest bevorderd worden.
- Er worden refereerbijeenkomsten georganiseerd met deelnemers uit de hele regio. Dit is een belangrijk middel om iedereen mee te nemen in het denken, dus om in de hele regio het nadenken over 'doen wat werkt' te stimuleren.

Inmiddels is iedereen bij Accare gemotiveerd om behandelingen aan te bieden die werken.

Hobbels bij het ontwikkelen van evidence-based practice zijn:

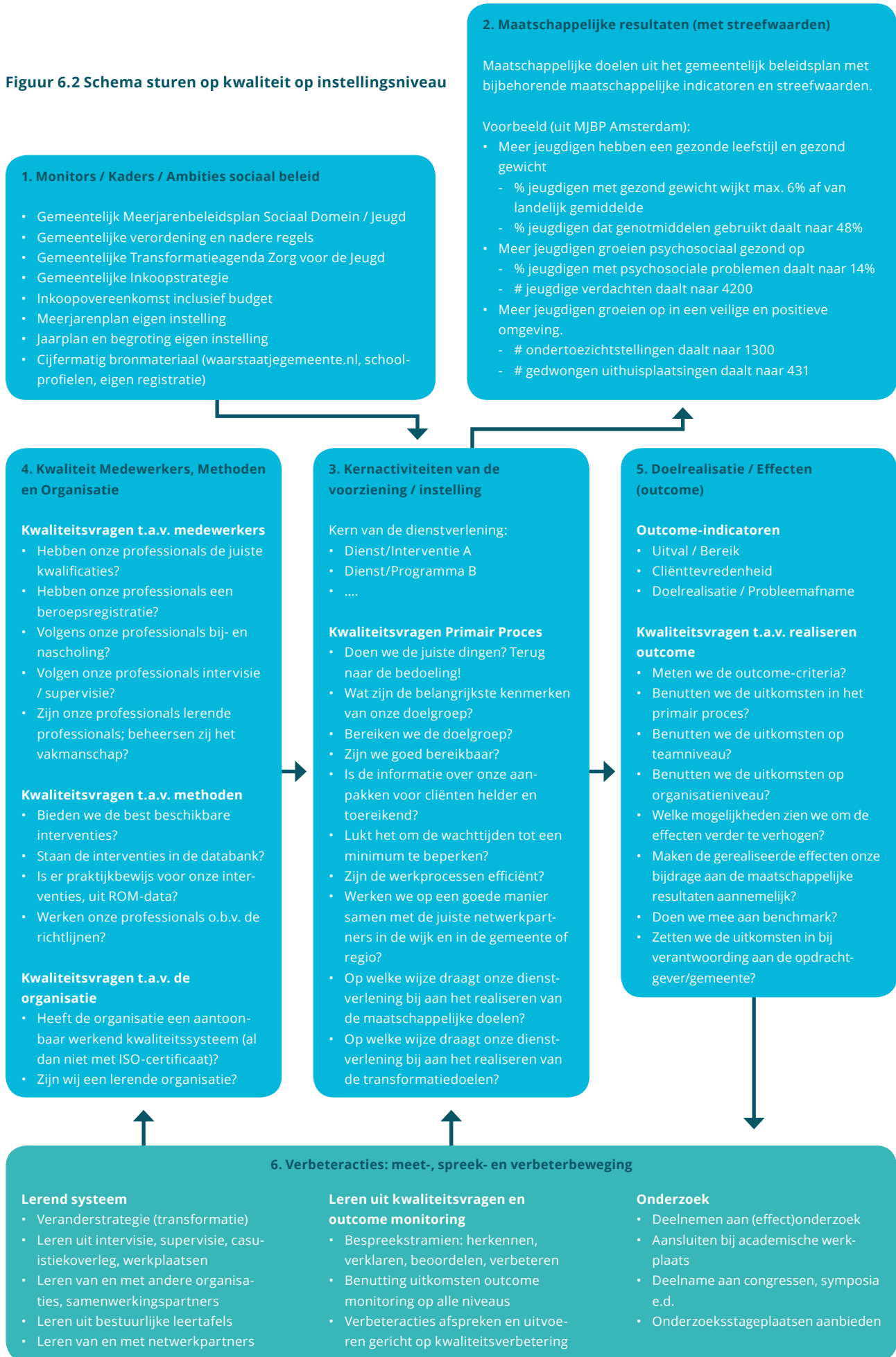
- Het opbouwen van het interne opleidingsapparaat heeft veel voeten in aarde: het opleiden van cognitieve gedragstherapeuten was veel werk. Er zijn nu continu twintig personen in opleiding, met vijf supervisors.
- Kennis verspreiden is een hele opgave. Vooral om dat op gang te krijgen. Professionals hebben geen tijd om vakliteratuur te lezen. Er zijn enkele collega's nodig die het leuk vinden om hiermee aan de slag te gaan, en die personen referaten laten houden en in teams laten presenteren en dergelijke. Dit is een aspect in het herkennen van een lerende organisatie: hoe is te zien dat er geleerd wordt?
- Het debat 'generalist versus specialist' is ingewikkeld. Er worden kennislijnen ingevoerd en de valkuil is dat dit te smalle sporen worden, waardoor de kruisbestuiving verloren gaat. Bij Accare wil men breed kunnen inschatten, een brede range van problematiek kunnen behandelen (dus bijvoorbeeld niet alleen specialist in angstbehandeling) en ook pathologie van ouders breed kunnen herkennen.

- Routine outcome monitoring (ROM) blijft een moeizaam proces, vooral doordat de terugkoppeling niet lukt. Er moet een systeem komen waarin behandelaars heel snel en betekenisvol feedback leveren op cliëntniveau. Ook wordt soms nog met te globale lijstjes gewerkt, en de doelrealisatie is niet voldoende ingebed in de ROM. Interessant is hoe ROM tot nut wordt voor het lerend systeem. In elk geval zijn er meer metingen nodig. Er moet een systematische leerloop worden ingezet en daarbij moeten cijfers worden benut. Dat moet ook input opleveren om een verbeteringslag te maken aan de hand van de vraag: hoe kunnen we ervoor zorgen dat we volgend jaar een tikje beter scoren, wat moeten we daarvoor doen? Trendcijfers en het gesprek daarover zijn daarbij nuttig en nodig. Daarbij is het belangrijk dat medewerkers zich veilig voelen en dat het niet als afrekenmechanisme wordt ingezet. Het cliënttevredenheidscijfer is hierbij niet zo interessant; dat heeft weinig relatie met de behandeluitkomst. Pas als het resultaat echt veel beter wordt, stijgt ook de tevredenheid weer.
- Natuurlijke eigenwijsheid is een valkuil: 'mijn cliënt is net even anders; ik weet het zelf net iets beter'. De neiging te blijven doen wat je altijd al doet is heel hardnekkig.
- Veel vergaderen over cliënten heeft weinig meerwaarde. Binnen een kwart van de vergadertijd is meestal al duidelijk wat het plan voor de cliënt is. Professionals vinden het vaak lastig om daar minder tijd aan te besteden.

Concrete resultaten van evidence-based practice bij Accare zijn:

- Het heeft een forse maatschappelijke besparing opgeleverd.
- De organisatie is gemakkelijker te sturen; er zijn minder 'geloofsdebatten' en het gaat juist meer over kennis.
- Er wordt één taal gebruikt en er zijn minder samenwerkingsproblemen.
- De behandelingen zijn korter, er zijn minder uithuisplaatsingen, het eigen leven wordt bij opname minder verstoord.
- Kinderen weten veel bewuster wat er bij hen zelf veranderd is, waardoor ze hun eigen gedrag veel beter kunnen sturen. Ze kunnen hun behandeling ook beter sturen, en komen meer in hun eigen kracht.

**Figuur 6.2 Schema sturen op kwaliteit op instellingsniveau**



## 6.5 Voorbeeld: het model voor sturen op kwaliteit uitgewerkt voor een instelling

Het model voor sturen op kwaliteit in de jeugdhulp (zie figuur 2.7) is ontwikkeld om het gesprek tussen gemeenten en instellingen te faciliteren. In figuur 6.2 is dit model vanuit het perspectief van een instelling in detail verder ingevuld. Op die manier wordt onderzocht of het voor een instelling helpt om de eigen kwaliteitscyclus sterker te verbinden aan de vraag vanuit de samenleving, zoals die in het zorginkoopproces door gemeenten wordt gesteld. De kernactiviteiten van de instelling staan in het midden van het model (vak 3). Aan deze kernactiviteiten liggen kaders en informatie uit monitors (vak 1) ten grondslag, zoals het gemeentelijke beleidsplan, de gemeentelijke transformatieagenda, de inkoopovereenkomst, de eigen instellingsbegroting, het jaarplan van de instelling en cijfermatig bronmateriaal over hoe het staat met de (kenmerken van de) doelgroep. En organisaties dragen met de uitvoering van hun kernactiviteiten, en de resultaten daarvan, bij aan de maatschappelijke resultaten (vak 2) die veelal in de gemeentelijke beleidsplannen zijn geconcretiseerd. Evidence-based practice ofwel 'samen lerend doen wat werkt' heeft alles te maken met kwaliteitsverbetering. Daarom staan in het model in elk vak kwaliteitsvragen geformuleerd, aan de hand waarvan die instellingen kunnen beoordelen hoe het op deelonderwerpen gesteld is met het evidence-based werken, en daar desgewenst op bijsturen.

In vak 4 zijn dat vragen over de kwaliteit van medewerkers, methoden en de organisatie. In vak 3 zijn dat vragen over de kwaliteit van de kernactiviteiten en de uitvoering daarvan, dus de kwaliteit van de uitvoering van het primaire proces. In vak 5 zijn het vragen over het resultaat van de behandeling of ondersteuning en ook over het meten van die resultaten.

In vak 6 wordt duidelijk wat een organisatie heeft ingericht om het lerend systeem werkend te krijgen, zoals meedoen aan en leren van onderzoek, leren van de outcome-cijfers door die te bespreken en er verbeteracties uit te halen, leren uit intervisie, of leren in samenwerking met allerlei netwerkpartners.

Een lerende organisatie besteedt aan alle zes de vakken uit het model voldoende aandacht. In het model zijn heel veel losse 'dingen die moeten' aan elkaar verbonden, zodat de samenhang beter zichtbaar wordt. De bruikbaarheid van deze benadering ligt vooral bij bestuur, management en de top van de beleidsstaf van de instelling. Alleen voor wie al behoorlijk goed in de materie zit, werkt het verhelderend. Voor anderen is het model te gedetailleerd, en waardoor het risico bestaat dat het demotiverend werkt, omdat 'er zo veel moet'. Voor wie minder goed in het onderwerp thuis is zou een vereenvoudigde versie beter werken, waarin per vak een aantal uitgangspunten staat (in de lijn van het schema in figuur 2.7). Vak 6 is dan het belangrijkste: daar zit de verbeterdynamiek voor een echt lerende organisatie.

## 6.6 Voorbeeld: rationalisering van het Rotterdamse jeugd beleid

Rotterdam is een stad met gemiddeld veel jeugdigen. En daarmee een stad met veel potentie. Om die potentie waar te maken, is het van belang dat kinderen en jongeren kansrijk, veilig en gezond kunnen opgroeien. Hiervoor is het *Beleidskader Jeugd 2015-2020 Rotterdam Groeit* tot stand gebracht. In Rotterdam Groeit zijn drie hoofdoelen gesteld, met aan elk drie subdoelen gekoppeld. Bestaande en nieuwe programma's zijn in een duidelijke relatie met die doelen geordend.

*Rotterdam Groeit* is het rationele fundament waarop gemeente Rotterdam beleidsprogramma's voor de doelgroep jeugd baseert. Het kader is vormgegeven in interactie met wetenschappers, ouders, jongeren en professionals en bestrijkt het totale jeugd beleid: van preventie tot jeugdhulp, maar ook bijvoorbeeld werkgelegenheid, onderwijs en veiligheid. *Rotterdam Groeit* is sterk gebouwd op kennis: vanuit de doelstellingen op het gebied van talentontwikkeling, veiligheid en gezondheid zijn de beschermende factoren en risicofactoren in beeld gebracht die een rol spelen in de ontwikkeling van jeugdigen. Daarbij is samengewerkt met wetenschappers uit diverse disciplines, zoals uit pedagogiek, criminologie, psychologie

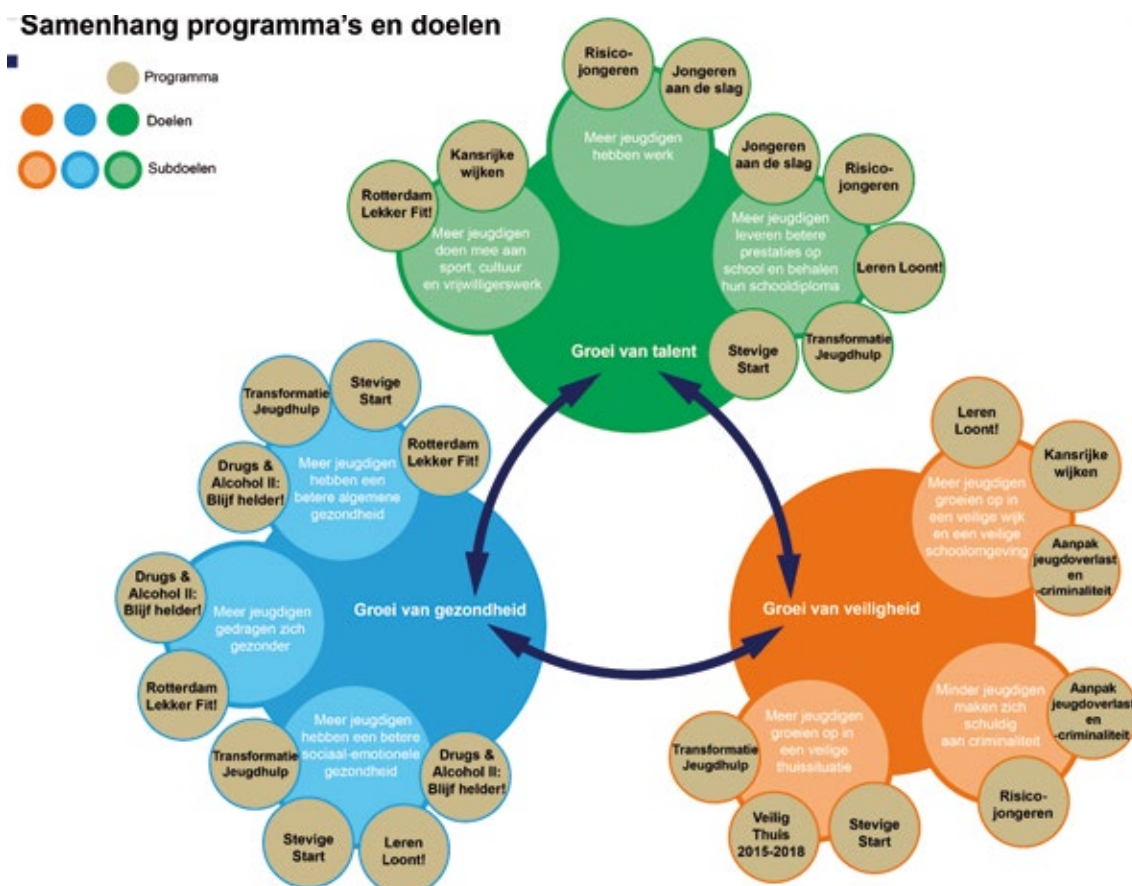
en kindergeneeskunde. De komende jaren wordt het jeugd beleid van Rotterdam steeds meer gericht op dit kennis-kader, zodat meer maatschappelijk effect kan worden gerealiseerd.

### Inzet op beschermende en risicofactoren

De factoren die een evidente rol spelen bij het kansrijk, veilig en gezond opgroeien van kinderen en jongeren zijn ondergebracht in een factorenmodel (zie figuur 6.4). Hierbij is teruggedacht vanuit de uitkomsten: op basis van de negen subdoelen zijn de factoren in beeld gebracht, verdeeld over vijf settings (de pedagogische driehoek van gezin, school en wijk, die van het individu zelf en de digitale omgeving) en over tijd (van zwangerschap tot jongvolwassenheid).

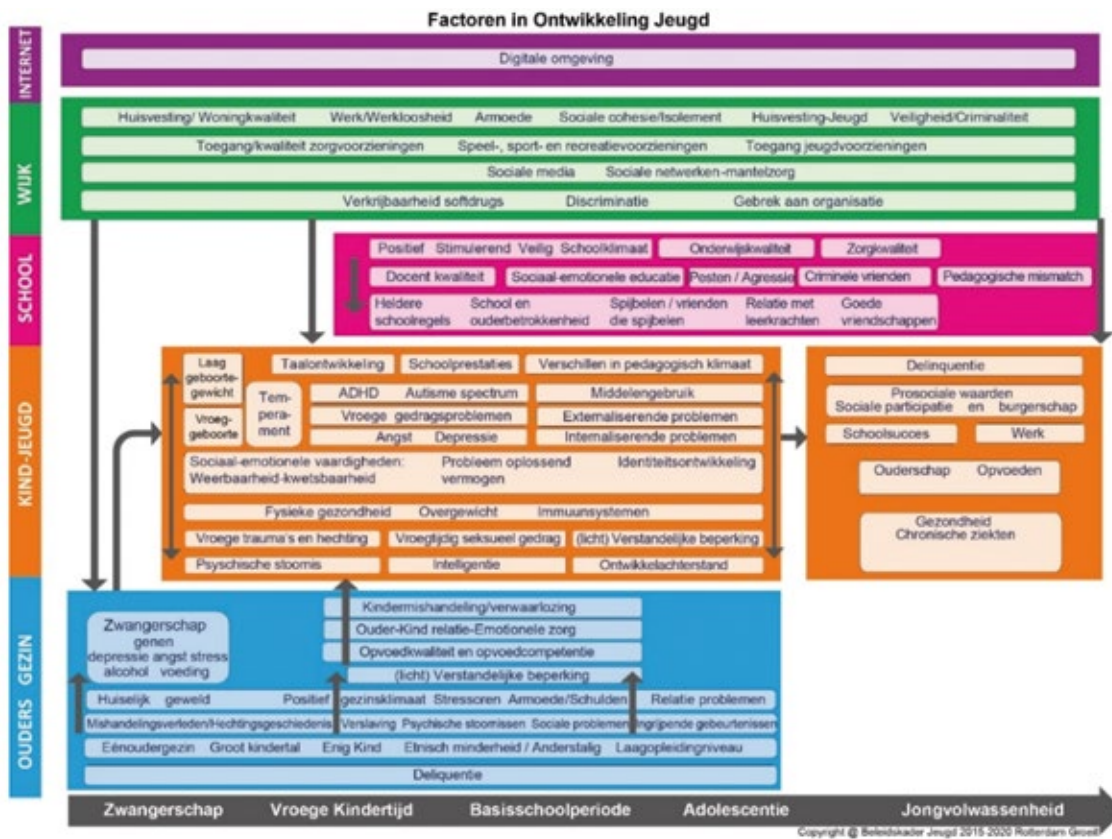
Ook per subdoel zijn de factoren in beeld gebracht. Zo is in figuur 6.5 te zien dat voor het verbeteren van schoolprestaties (subdoel van het hoofdoel 'groei van talent': meer jongeren leveren betere schoolprestaties en halen hun diploma) vooral factoren buiten de schoolsetting van belang zijn (de evidente factoren voor dit subdoel zijn in figuur 6.5 wit *gehighlight*). Dat laat het belang zien van integraal beleid. Met uitsluitend onderwijsbeleid in de schoolsetting kan onvoldoende worden bijgedragen aan betere prestaties van jeugdigen.

Figuur 6.3 Samenhang tussen programma's en doelen in het Rotterdamse jeugd beleid

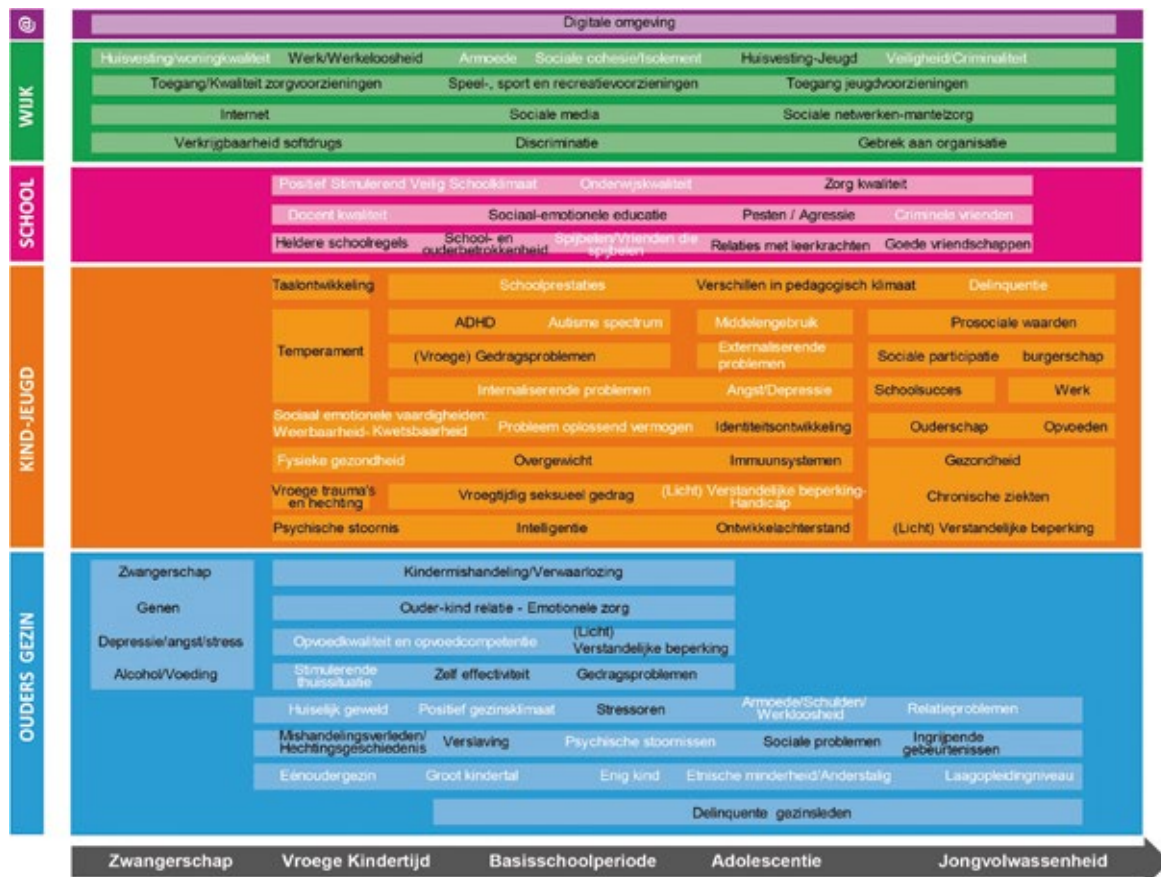




Figuur 6.4 Factorenmodel voor de ontwikkeling van jeugdigen



Figuur 6.5 Factorenmodel voor subdoel 'schoolprestaties'





Binnen *Rotterdam Groeit* is ook gewerkt aan een ranking van factoren. De risico- en beschermende factoren uit het model zijn gerangschikt op relevantie (de bijdrage van een factor aan een subdoel), impact (de mate waarin een factor invloed heeft op andere factoren, conform de inzichten van breedspectrumpreventie van Hosman<sup>39</sup>) en prevalentie (hoe vaak zo'n factor voorkomt onder de populatie). Op basis hiervan kan onder meer de financiële inzet op factoren overwogen worden. Zo kan op macroniveau het geld worden uitgegeven op gebieden waar dit het meeste loont voor de kinderen en jongeren in de stad. De topfactoren zijn weergegeven in tabel 6.6 (rank 1 t/m 5).

Het toedelen van meer middelen aan relevante factoren leidt nog niet direct tot resultaat. Om beschermende factoren te bevorderen en risicofactoren te beperken, is het nodig om de middelen effectief in te zetten. Dat kan op verschillende manieren. Bijvoorbeeld door evidence-based innovatie op basis van kennis over 'wat werkt', door acties, maatregelen en interventies goed te monitoren en in *learning loops* steeds bij te stellen; door effectieve maatregelen op beleidsniveau (zoals voor alcoholbeleid de ophoging van de leeftijdsgrens van 16 naar 18 jaar, of meer en scherpere toezicht en handhaving); en door meer bewezen-effectieve interventies in te zetten. Rotterdam zet op al deze mogelijkheden in.

**Tabel 6.1 Ranking van factoren**

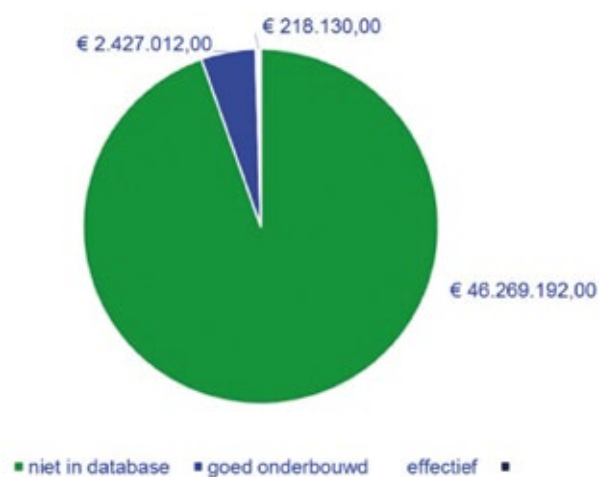
Factor	Ranking
Emotionele en sociale vaardigheden	1
Ouderlijke psychopathologie	2
Sociaal-economische status	2
Opvoedingsvaardigheden	2
Psychosociale problemen	3
Lage opleiding / verzuim / voortijdig schoolverlaten / slechte schoolprestaties	3
Woonomgeving / slechte buurt	3
Middelengebruik	4
Mishandeling	4
Criminaliteit	5
Sport/beweging (individueel)	5
Stimuleren vanuit omgeving cultuur	5
Stimuleren/bekendheid sport	5
Temperament	5
Toegang voorzieningen	5
Voeding	5
Zwakke binding met buurt	5

<sup>39</sup> Zie in Rotterdam, 2015

### Meer inzet evidence-based interventies

Met het oog op evidence-based werken zijn wij vooral geïnteresseerd in het meer inzetten van bewezen-effectieve interventies. Figuur 6.6 laat de resultaten zien van een inventarisatie van de ongeveer 50 miljoen aan subsidies van de afdeling Jeugd van gemeente Rotterdam die worden verstrekt voor interventies gericht op jeugdigen. 94,3 procent van dit budget wordt besteed aan interventies die niet zijn opgenomen in de database van het Nederlands Jeugdinstituut, 5,2 procent aan interventies die volgens deze database goed onderbouwd zijn, en 0,5 procent aan bewezen-effectieve interventies.

**Figuur 6.6 Besteding subsidies afdeling Jeugd**



Het managementteam van de afdeling Jeugd heeft met de directie afgesproken om het aandeel van bewezen-effectieve interventies binnen een jaar van 0,5 procent naar 20 procent te verschuiven. En ze hebben de ambitie om in 2020 40 procent van uitgaven te besteden aan bewezen-effectieve interventies.

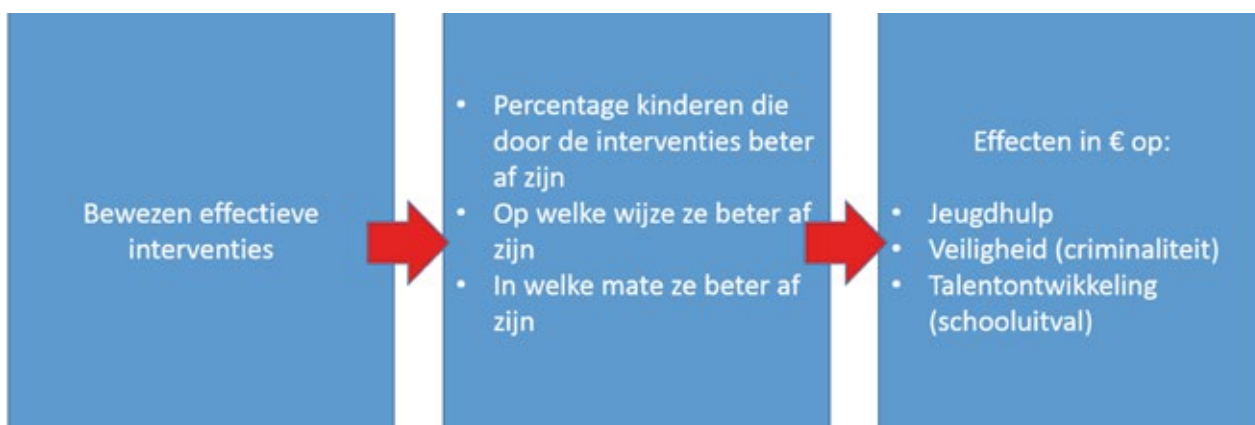
### Dynamische maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA)

Om inzichtelijk te maken welke kostenbesparing op jeugdhulp en welke maatschappelijke baten een verschuiving naar 20 procent bewezen-effectieve interventies opbrengt voor de gemeente, werken de gemeente Rotterdam, het Nederlands Jeugdinstituut en Ecorys aan een dynamische maatschappelijke kosten-batenanalyse (MKBA). Deze MKBA maakt deel uit van het *Beleidskader Jeugd 2015-2020 Rotterdam Groeit*.

In deze dynamische MKBA zijn ongeveer twintig bewezen-effectieve interventies samengebracht. Deze zijn ingedeeld op basis van de wens van de gemeente Rotterdam om te investeren in de hoogst geranke factoren. Op verzoek van de gemeente Rotterdam is deze MKBA dynamisch gemaakt. Dat betekent dat er niet wordt uitgegaan van een statische 0- en een even statische 1-situatie. De te investeren bedragen kunnen op elk moment aangepast worden in een tool, en dus ook de opbrengsten daarvan zijn direct te zien.

Voor de gemeente Rotterdam is het zeer relevant dat dit een echte MKBA is, en geen business case waarbij ongefundeerde aannames en schattingen een grote rol spelen. Vandaar dat alleen evidence-based interventies en hun uitkomsten uit onder meer randomized controlled trials (RCT's) worden benut. De berekeningen die op basis hiervan worden gemaakt, worden uiterst conservatief doorgevoerd: schattingen worden doelbewust laag gehouden om zichzelf niet rijk te rekenen. Momenteel wordt nog gewerkt aan deze dynamische MKBA. Tot dusver zijn vijf gedragsinterventies doorgerekend op slechts hun baten voor jeugdhulp. Daaruit is al af te leiden dat het voor het cohort 2017 vanaf het eerste jaar al opbrengsten (of besparingen op kosten van jeugdhulp) oplevert. Binnen vier jaar lopen alleen al de baten van dit cohort in de tonnen. Dat wil zeggen dat als in 2017 alleen

**Figuur 6.7 Dynamische MKBA**



al 20 procent van de interventies bewezen effectief is, er al meerjarig geld bespaard wordt op jeugdhulp. Ook als dat percentage in de jaren erna lager is – wat allicht niet de ambitie is. Deze dynamische MKBA laat zien dat het loont te investeren in effectieve preventie. En sterker nog: er hoeft niet eens extra geïnvesteerd te worden. De verwachting is dat alleen al een verschuiving in uitgaven van ‘care as usual’ naar effectieve interventies meerjarig miljoenen euro’s aan besparingen op jeugdhulp oplevert. En de kans is groot dat dit er ook toe leidt dat er meer maatschappelijke doelen gerealiseerd worden op het terrein van talentontwikkeling en veiligheid. Dat wordt in 2017 duidelijk, als deze MKBA wordt opgeleverd.

### **6.7 Reflectie op de voorbeelden van aanbieder en gemeente**

De voorbeelden leren ons het volgende:

- In de instelling Accare leidt het werken volgens evidence-based principes tot betere samenwerking, kortere behandelduur, minder uithuisplaatsingen, minder verstoring van het gewone leven bij een opname, betere eigen sturing door de cliënt en forse kostenbesparingen.
- Aan de hand van het model voor sturen op kwaliteit is in beeld gebracht welke activiteiten op welke wijze een bijdrage leveren aan de verbeterbeweging in een instelling. Dat levert een ordening op van de activiteiten die in gang zijn gezet en maakt van elke actie duidelijk hoe die de verbeterbeweging faciliteert. Het model is voor bestuur, management en beleidsstaf van instellingen vooral bruikbaar om de inspanningen te ordenen en te checken of er geen belangrijke zaken over het hoofd worden gezien.
- De gemeente Rotterdam wil meer interventies inkopen die een stevigere kennisbasis hebben dan de thans toegepaste werkwijzen. Eerste calculaties laten zien dat dit een forse winst kan opleveren in maatschappelijke baten en kostenbesparingen.

# 7 Onderzoekers, ontwikkelaars en kennismakelaars: de kennispraktijk

In hoofdstuk 5 en 6 zagen we hoe de interactie tussen cliënten/burgers en professionals, en tussen instellingen en gemeenten leidde tot een derde leercyclus, waarin de actoren van elkaar leren.

Uiteindelijk is nog een vierde leercyclus op meta-niveau nodig om tot een regionaal en landelijk lerend jeugd-stelsel te komen. Hiervoor moeten de leercycli van de vier primaire actorengroepen (cliënten/burgers, professionals, instellingen en gemeenten) met elkaar worden verbonden, ondersteund door onderzoekers, ontwikkelaars en kennismakelaars. In dit hoofdstuk werken we die cyclus verder uit en geven we aan hoe dit een lerend jeugd-stelsel kan opleveren.

## 7.1 Lerende onderzoekers, ontwikkelaars en kennismakelaars

In het jeugdveld hebben niet alleen cliënten/burgers, professionals, instellingen en gemeenten een belangrijke rol in het ‘samen lerend doen wat werkt’, maar ook onderzoekers, (door)ontwikkelaars van (nieuwe en bestaande) innovaties en kennismakelaars (kennisinstituten en adviesbureaus) en hun financiers (denk bijvoorbeeld aan ZonMw).

Van de onderzoekers, ontwikkelaars en kennismakelaars wordt een attitude verwacht die het ‘samen lerend doen wat werkt’ ondersteunt. Vanzelfsprekend doen zij dit vanuit een lerende houding en met gebruikmaking van kennis uit de drie kennisbronnen: wetenschappelijke kennis, praktijkkennis van professionals (professionals in zorg en welzijn en beleidsprofessionals) en ervaringskennis van burgers/cliënten.

Voor hen geldt – net als voor cliënten/burgers, professionals, instellingen en gemeenten – dat zij met behulp van kwaliteitsvragen een lerende attitude en praktijk kunnen onderhouden én ervoor kunnen zorgen dat ze bijdragen aan een lerend jeugd-stelsel.

Belangrijk daarbij is dat zij de hierna geformuleerde kwaliteitsvragen niet als ‘afvinklijstjes’ gebruiken, maar als uitgangspunt voor een gesprek daarover (‘conversation starters’).

Vier vragen voor de lerende onderzoeker:

- Kan ik onderbouwen dat ik een maatschappelijk relevante vraagstelling onderzoek? (en niet alleen datgene wat gemakkelijk te onderzoeken is of wetenschappelijk ‘scoort’) Of: Wat kom ik tegen als ik een echt maatschappelijk probleem wil onderzoeken? (als een vertaling van ‘wat weet ik over het probleem?’)

- Kan ik uitleggen dat ik de best passende onderzoeksmethode gebruik? (kwantitatief voor ‘wat werkt in welke mate’, kwalitatief voor ‘hoe werkt het en waarom’ en om impliciete kennis zichtbaar te maken; of een mix of afwisseling van beide methoden om de ontwikkeling van effectieve interventies en aanpakken én van deskundigheid te ondersteunen)(inclusief de vraag of ook praktijkkennis van professionals en ervaringskennis van cliënten hiervoor relevante informatie kan bieden)  
(als een vertaling van ‘weet ik wat hier werkt?’)
- Begin ik klein om snel van start te kunnen gaan als de vraag vanuit de praktijk en het beleid dat nodig maken; en op die manier op een later moment groter onderzoek mogelijk te maken?  
(als een vertaling van ‘doe ik wat werkt?’)
- Presenteer ik de resultaten op een zodanige manier dat professionals en beleidsmakers ze ook kunnen gebruiken? En check ik dat ook?  
(als een vertaling van ‘werk ik lerend?’)

Vier vragen voor de lerende ontwikkelaar of innovator:

- Ontwikkel ik iets voor wat echt een maatschappelijk probleem is? (en niet voor mijn eigen ego)  
(als een vertaling van ‘weet ik wat het probleem is?’)
- Gebruik ik bestaande kennis over werkzame factoren en elementen in mijn innovatie?  
(als een vertaling van ‘weet ik wat werkt?’)
- Beschrijf ik mijn innovatie zodanig dat deze overdraagbaar is naar anderen?  
(als een vertaling van ‘doe ik wat werkt?’)
- Evalueer ik mijn innovatie en reflecteer ik op de uitkomsten om de innovatie te verbeteren?  
(als een vertaling van ‘werk ik lerend?’)

Hier moet bij worden opgemerkt dat er uiteraard ook compleet nieuwe innovaties kunnen worden ontwikkeld, die niet voort kunnen bouwen op bestaande kennis over wat werkt (denk bijvoorbeeld aan de ontwikkeling van EMDR). De andere drie vragen blijven dan onverminderd van kracht.

Vier vragen voor de lerende kennismakelaar (kennisinstituten en adviesbureaus):

- Ontsluit ik de kennis uit de drie kennisbronnen die nu het meest nodig is om cliënten/burgers, professionals, instellingen en/of gemeenten te helpen hun problemen te definiëren en aanpakken te kiezen?

- Gebruik ik de actuele kennis over het effectief verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden van kennis? En zet ik actuele kennis over het ondersteunen, ontwikkelen, onderzoeken en onderwijzen in voor een lerende uitvoerings- en beleidspraktijk?
- Gebruik ik instrumenten voor het ontsluiten van kennis die werken voor de verschillende actorgroepen?
- Evalueer ik mijn aanpak en stel ik deze bij op basis van de uitkomsten?

## 7.2 Rollen van onderzoekers, ontwikkelaars, kennismakelaars en hun financiers

Vanuit hun rollen in het stimuleren van ‘samen lerend wat werkt’, kunnen voor de verschillende spelers in de kennispraktijk van het jeugdveld verschillende opdrachten worden geformuleerd. We geven die hieronder weer; uiteraard zijn dit voorbeelden en is het geen limitatieve opsomming.

Het Nederlands Jeugdinstituut en andere landelijke kenniscentra (publiek en privaat gefinancierd):

- borgen en beschikbaar stellen (‘makelen’) van kennis voor het maken van onderbouwde uitvoerings- en beleidskeuzes (vier V’s: verzamelen, verrijken, valideren en verspreiden van kennis; zowel expliciete kennis als impliciete praktijk- en ervaringskennis; kennis over beschermende factoren, risicofactoren, algemeen werkzame factoren, effectieve interventies en aanpakken, en werkzame elementen in interventies en aanpakken; zowel met betrekking tot preventie als de aanpak van problemen bij jeugdigen en gezinnen, en in de samenleving). Belangrijk is dat deze kennis toegankelijk is voor professionals en zorgaanbieders, maar ook voor cliënten/burgers en gemeenten; én voor de verschillende beroepsopleidingen;
- ondersteunen van implementatie, innovatie en onderzoek (vier O’s: onderzoek, ontwikkeling, ondersteuning en onderwijs voor het ontwikkelen van een lerende uitvoerings- en beleidspraktijk);
- zorgen dat kennis beschikbaar komt in een vorm die de verschillende actoren in de uitvoerings- en beleidspraktijk kunnen vinden én direct kunnen toepassen;
- modelontwikkeling voor het stimuleren van een jeugdinstel dat ‘samen lerend doet wat werkt’.

Universiteiten en hogescholen:

- ondersteunen van onderzoek en innovatie met stages en gesubsidieerde onderzoeks- en ontwikkelprojecten;
- onderzoeken van vragen die leven in de uitvoerings- en beleidspraktijk om daar keuzes te onderbouwen en innovatie te faciliteren;
- en natuurlijk: opleiden van professionals (en ervaringsdeskundigen) met een attitude van ‘samen lerend doen wat werkt’ (zie ook de volgende paragraaf).

Adviesbureaus:

- ondersteunen van landelijke en lokale beleidsontwikkeling en innovatie door kennis te vertalen naar beleidsadviezen en ondersteuningstrajecten.

Innovatoren en ontwikkelaars in praktijkinstellingen:

- ondersteunen van professionals en bestuurders bij het ontwikkelen en borgen van innovaties.

Financiers van onderzoek zoals ZonMw:

- signaleren van kennislacunes en stimuleren van onderzoek en innovatie door middel van programmafinanciering en daarbij eisen stellen met betrekking tot ‘samen lerend doen wat werkt’.

Academische werkplaatsen Transformatie Jeugd, Wmo-werkplaatsen en andere regionale kennisinfrastructuren:

- onderzoeken van lokale innovatie en kennisbehoeften en daarmee bijdragen aan lokale oplossingen én de body of knowledge.

Consortia werkzame elementen:

- opsporen van werkzame elementen in interventies om op die manier innovatie te faciliteren.

## 7.3 De rol van opleidingen

Behalve onderzoekers, ontwikkelaars en kennismakelaars, hebben ook de opleidingen een opdracht in het stimuleren van een jeugdinstel dat gezamenlijk lerend en ontwikkelend wil doen wat werkt. De beroepsopleidingen voor professionals moeten (aankomende) professionals immers leren hoe ze ‘samen lerend doen wat werkt’.

Daarbij gaat het om kennis over en vaardigheden die samenhangen met de volgende vragen:

- Hoe vind en gebruik je kennis (wetenschappelijke kennis, praktijkkennis van professionals en ervaringskennis van cliënten) over de aard en oorzaak van een probleem en over wat werkt in de aanpak van een probleem?
- Hoe formuleer je samen met de cliënt/burger de doelen en hoe kies je samen een aanpak?
- Hoe evalueer en reflecteer je op de resultaten van je hulp?
- Hoe gebruik je (bestaande) kennis bij het ontwikkelen van nieuwe aanpakken?
- Hoe onderzoek je creatief de problemen van het veld?

Dit gaat zowel over de primaire beroepsopleidingen, als over de bij- en nascholing van professionals in zorg en welzijn voor jeugd en gezinnen.

Mutatis mutandis geldt dit uiteraard ook voor de

opleidingen voor beleidsprofessionals. En voor alle bij- en nascholing voor iedereen die beroepshalve of als ervaringsdeskundige werkzaam is in het brede jeugdveld.

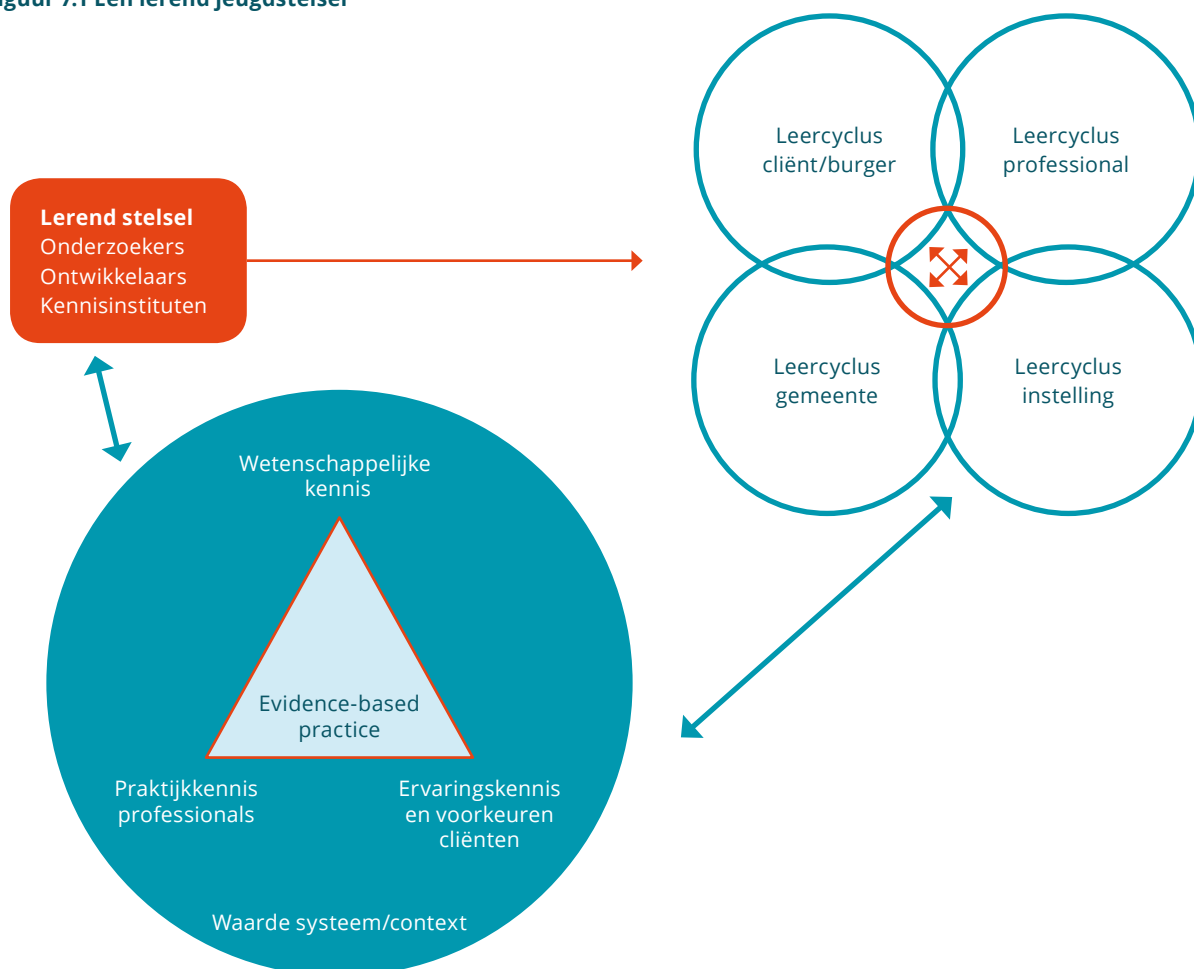
### 7.4 Een jeugdveld c.q. jeugdstelsel dat samen lerend doet wat werk

Voor een lerend jeugdveld (de uitvoering van ondersteuning en hulp) c.q. jeugdstelsel (de inrichting van het stelsel) moeten alle vier de groepen primaire actoren (cliënten/burgers, professionals, instellingen, gemeenten) én de onderzoekers, ontwikkelaars en kennismakelaars gezamenlijk hun leercyclus bundelen. Naast de individuele en collectieve leercyclus op actorniveau en de gezamenlijke leercyclus in de interactie tussen burgers/cliënten en professionals of tussen instellingen en gemeenten, komt hier dus een vierde meta-leercyclus bij op stelselniveau (zowel regionaal als landelijk). Juist de kenniswerkers hebben de opdracht om de andere actoren te stimuleren om een lerend jeugdveld c.q. een lerend jeugdstelsel tot stand te brengen en daarin een ondersteunende rol te spelen.

De kwaliteitsvragen die op het niveau van het jeugdveld c.q. het jeugdstelsel gesteld kunnen worden zijn bijvoorbeeld:

- Slagen we er gezamenlijk (cliënten/burgers, professionals, instellingen, gemeenten, kenniswerkers) in om de belangrijkste ontwikkelopgaven en problemen in het jeugdveld c.q. het jeugdstelsel te benoemen? (landelijk, maar ook met de partners in een regio)
- Kiezen we gezamenlijk voor aanpakken waarvan is onderbouwd dat ze werken?
- Evalueren we periodiek of het jeugdstelsel en de samenwerking in het jeugdveld (in de regio c.q. landelijk) voldoende functioneren?
- Evalueren we periodiek of we er gezamenlijk in slagen de problemen van jongeren en gezinnen terug te dringen c.q. jeugdigen en gezinnen beter te laten functioneren?
- Delen de actoren in het jeugdveld kennis met elkaar om van elkaar en met elkaar te leren en voortdurend te verbeteren?

**Figuur 7.1 Een lerend jeugdstelsel**





## 7.5 Enkele voorbeelden uit de kennispraktijk

Ook uit de kennispraktijk zijn er verschillende voorbeelden voorhanden van ‘samen lerend doen wat werkt’, waarbij zo veel mogelijk uit de verschillende kennisbronnen wordt geput om onderbouwing te vinden voor keuzes in uitvoering en beleid. Om aan te kunnen sluiten op vragen uit de praktijk, of om andere spelers in het jeugdveld beter in staat te stellen om dit te doen, gaan onderzoekers creatief om met onderzoeksmethoden. In deze paragraaf beschrijven we kort enkele voorbeelden uit de praktijk van deelnemers aan de denktank.

### Brede beweging naar een effectief jeugdstelsel en een effectief sociaal domein

In hoofdstuk 2 is de ontwikkeling beschreven van de kennispraktijk in het jeugdveld. Hoewel er nog veel verbetermogelijkheden zijn, blijkt er continu gezocht te worden naar een manier om de drie kennisbronnen hun plek te geven in de body of knowledge. Vanuit onder meer het Nederlands Jeugdinstituut worden er goede praktijkvoorbeelden beschreven en wordt gestimuleerd dat innovaties onderzoeksmatig worden begeleid. Een vergelijkbare ontwikkeling vindt ook plaats in het sociale domein. Kennisinstituut Movisie verzamelt effectieve sociale interventies in een databank, en maakt deze beschikbaar voor de praktijk. Daarbij wordt ook nadrukkelijk gezocht naar manieren waarop kwalitatief onderzoek kan worden gebruikt om de effectiviteit van interventies en aanpakken te onderbouwen.

In hoofdstuk 2 is ook het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland (SEJN) beschreven, dat bezig is met het opzetten van een Lerende Databank Jeugd. Doel daarvan is feedback-informed treatment te faciliteren, en de mogelijkheden van teams om van vergelijkbare teams te leren. Dit is een vervolg op eerdere inspanningen om meer systematisch te werken aan programma-evaluatie.

### Outcome monitoring<sup>40</sup>

Gemeenten zijn wettelijk verplicht aan te geven welke outcomecriteria voor jeugdhulpvoorzieningen zij hanteren. Het is voor gemeenten en jeugdhulpinstellingen niet efficiënt als elke gemeente een eigen set van outcomecriteria gaat ontwikkelen. Landelijke standaardisering van definities en operationalisering kan gemeenten en aanbieders helpen bij het invullen van hun nieuwe verantwoordelijkheden.

Door prestaties te meten, komen gemeenten, aanbieders en cliënten meer te weten over de effecten en de kwaliteit van jeugdhulp. Zo kan de effectiviteit worden verbeterd. Met dat doel heeft het Nederlands Jeugdinstituut met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Jeugdzorg Nederland, GGZ-Nederland, Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC), Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN), Sociaal Werk Nederland en Actiz een geharmoniseerde set van outcome-indicatoren uitgewerkt. Deze bestaat uit indicatoren met betrekking tot:

- Uitval uit zorg of begeleiding;
- Tevredenheid van de cliënt over de geleverde hulp;
- Doelrealisatie;
- In hoeverre kan de cliënt zonder hulp verder?
- Wordt er na beëindiging geen nieuwe hulp gestart?
- Zijn de overeengekomen doelen gerealiseerd?
- Neemt de problematiek af en/of neemt zelfredzaamheid of participatie toe?

### Evaluatie Jeugdwet<sup>41</sup>

Bij de evaluatie van de Jeugdwet door een consortium van Nivel, Sociaal-Cultureel Planbureau, Universiteit Leiden (rechtenfaculteit), Stichting Alexander en het Nederlands Jeugdinstituut, wordt er expliciet naar gestreefd deze met een brede blik uit te voeren. Zo vindt er een wetenschappelijk wetstechnische evaluatie plaats en wordt er vanuit het perspectief van gemeenten, instellingen en cliënten nagegaan of er aanwijzingen zijn dat het zorglandschap voor jeugdigen en gezinnen (zowel vrijwillig als in gedwongen kader) daadwerkelijk beweegt in de richting die met de Jeugdwet beoogd werd. De evaluatie draagt bij aan een lerend jeugdveld.

De evaluatie is bedoeld om te toetsen of de Jeugdwet een goed juridisch kader biedt voor een effectief stelsel van preventie en jeugdhulp, én of de hulp in de praktijk beter is geworden. Dit ondanks het vroege tijdstip waarop deze evaluatie plaats moet vinden (pas twee jaar na de inwerkingtreding). De evaluatie zal eind 2017 worden afgerond.

### Academische Werkplaatsen Transformatie Jeugd<sup>42</sup>

De twaalf Academische Werkplaatsen Transformatie Jeugd (AWTJ) zijn door ZonMw gefinancierde regionale samenwerkingsverbanden die met een kennisinfrastructuur de werelden verbinden van praktijk, beleid, onderzoek en onderwijs, met structurele inbreng van ouders en jongeren. De betrokken partijen organiseren zich regionaal in een kennisinfrastructuur. Bij de AWTJ in

<sup>40</sup> Zie ook Bartelink & De Wilde (2016) en <http://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Monitoring/Harmonisatie-outcome-monitoring>.

<sup>41</sup> Zie ook: <https://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/evaluatie-jeugdwet-gestart/>

<sup>42</sup> Zie ook: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/jeugd/programmas/programma-detail/academische-werkplaatsen-transformatie-jeugd/>

Utrecht zijn dit bijvoorbeeld: Lokalis (wijkteams jeugd), Jeugdgezondheidszorg, Youké, JIJ Utrecht, gemeente Utrecht, Universiteit Utrecht, Hogeschool Utrecht, Verwey-Jonker Instituut, Nederlands Jeugdinstituut en het Trimbos-instituut.

Op die manier brengen academische werkplaatsen kennis samen die nodig is voor de aanpak van regionale vraagstukken van beleid en praktijk bij de transformatie in de jeugdsector. De werkplaatsen leveren kennis op die gemeenten en praktijkorganisaties kan ondersteunen bij de transformatie. Deze kennis wordt ook geïntegreerd in verschillende opleidingen in het jeugdveld. In het programma ligt de nadruk op het toepassen, vertalen en doorontwikkelen van bestaande kennis. De werkplaats in Utrecht onderzoekt bijvoorbeeld vraagstukken rond het effectief werken in de nieuwe wijkteams jeugd.

Naast de academische werkplaatsen is het programma Effectief werken in de Jeugdsector gestart. Binnen dat programma identificeren zes Consortia Effectiviteit van Psychosociale Jeugdinterventies<sup>43</sup> de werkzame elementen in interventies. Wanneer bekend is welke elementen effectief zijn, kunnen deze beter worden ingezet en worden gebruikt bij het onderbouwen van innovatieve aanpakken in het jeugdveld. Ook dit programma wordt gefinancierd door ZonMw.

---

<sup>43</sup> Zie ook: <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/jeugd/effectief-werken/3a-consortia-effectiviteit-psychosociale-interventies-jeugd/>

# 8 Wat is er nodig om ‘samen lerend te doen wat werkt’?

Om het gedachtengoed over ‘samen lerend doen wat werkt’ in het brede jeugdveld gemeengoed te laten worden, moeten er twee dingen ondernomen worden:

- een korte kernboodschap formuleren, die zo veel mogelijk doelgroepen aanspreekt;
- per doelgroep passende communicatiestrategieën en middelen ontwikkelen die in de verschillende netwerken kunnen worden ingezet.

Dit moet leiden tot een verbindende ambitie voor de komende tien jaren. De focus ligt daarbij op het genereren, het terugvindbaar en bruikbaar maken voor de verschillende doelgroepen, en het in de praktijk benutten door de verschillende doelgroepen van:

- kennis voor beleid en uitvoering in zorg en welzijn en het brede sociale domein
- kennis voor het effectief aanpakken van belangrijke maatschappelijke vraagstukken op het gebied van jeugd en opvoeding.

## 8.1 De kernboodschap

Het is heel belangrijk om lerend en ontwikkelend te werken; er is immers heel veel wat we nog niet zeker genoeg weten. Maar wat we wél weten, daar moeten we juist heel stellig gebruik van maken. Anders komen we niet vooruit, en blijven we in cirkeltjes ronddraaien. Daarom formuleren we een kernboodschap die het doel vooropstelt en lerend werken en gebruik van kennis verbindt.

Bij de start van de denktank hadden we als wens om tot een kernboodschap te komen die op een verjaardagsfeestje gemakkelijk is over te brengen, zonder daarvoor direct allerlei materialen uit de kast te hoeven trekken. Een korte boodschap in eenvoudige taal, met een aansprekende en enthousiasmerende toon. Die lezers of luisteraars in beweging brengt, zonder dat zij het gevoel krijgen het nu niet goed te doen. We zochten dus naar een opbouwende toon, en geen belerende toon.

Het verhaal dat wij willen vertellen is veelomvattend, en het is dus een enorme uitdaging om tot een boodschap te komen die past in één alinea. Het gaat om veel doelgroepen of actoren die we willen bereiken en willen laten bewegen. Het gaat om een lerende sector waarin de beweging moet ontstaan. Het gaat om meerdere niveaus: van het individu tot het collectief. Er is een lange voorgeschiedenis. En hoe boeiend de materie ook is, het is toch enigszins ‘taaie kost’. De benaming ‘evidence-

based practice’ / ‘evidence-based werken’ willen we waar mogelijk vermijden, omdat dit begrip niet bij alle actoren de juiste, positieve snaar raakt. Een kernboodschap van één korte alinea kan dus niet allesomvattend zijn, en niet alle actoren zullen zich even direct aangesproken voelen.

Dit alles in ogenschouw nemend hebben we daarom gekozen voor een kernboodschap die enigszins vanuit het perspectief van de professional en de aanbieder van zorg en welzijn is geformuleerd.

### **Kernboodschap: Samen lerend doen wat werkt**

*In de jeugdsector willen we kinderen en gezinnen zo goed mogelijk helpen met het beste resultaat. Welke rol je ook speelt, bij datgene wat je doet put je continu uit drie bronnen: ervaringen en wensen van cliënten, eigen ervaringen uit je beroepspraktijk en kennis uit onderzoek.*

*Bij elk van deze bronnen bouw je voort op de collectieve kennis die in de sector aanwezig is. Wie op die manier werkt, leert daar iedere keer van. Je reflecteert. Je past aan waar nodig. En je durft te stoppen met dingen die niet werken.*

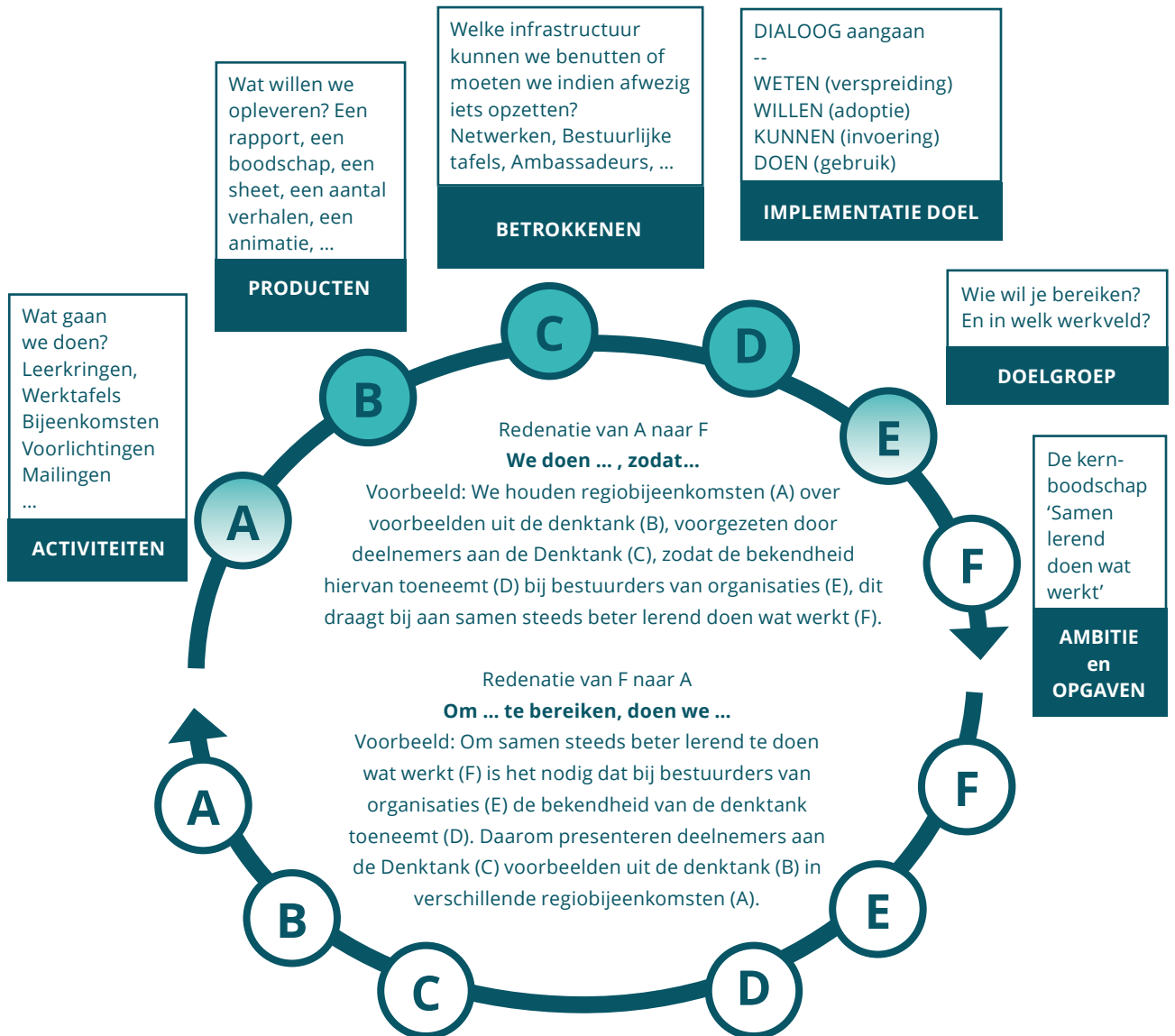
*Zo verbeter je continu je eigen handelen, het handelen van je collega's en de kwaliteit van de hulp die je samen nastreeft, in het belang van cliënten.*

## 8.2 Van visie naar actie: hoe pakken we dat aan?

Om van de kernboodschap tot een concrete werkagenda te komen, werken we modelmatig vanuit de geformuleerde kernboodschap, via te identificeren doelgroepen en implementatiedoelen bij die doelgroepen, naar producten/hulpmiddelen die geschikt zijn voor die doelen bij die doelgroepen. Van daaruit bekijken we welke denktank-deelnemers welke activiteiten gaan ondernemen om met de dan beschikbare hulpmiddelen het gesprek met die doelgroep aan te gaan.

Schematisch ziet zo'n implementatiemodel er als volgt uit.

Figuur 8.1 Implementatiemodel Samen lerend doen wat werkt



Bij de uitwerking van dit model onderscheiden we de vijf eerdergenoemde doelgroepen: cliënten/burgers, professionals, instellingen, gemeenten, onderzoekers/kennisinstellingen. Alle belanghebbenden in het jeugdveld zijn immers doelgroep als we samen lerend willen doen wat werkt.

De algemene kernboodschap wordt per doelgroep steeds net iets anders geformuleerd, zodat deze optimaal aansluit. Cliënten/burgers, professionals, aanbieders van zorg en welzijn, gemeenten en kenniswerkers worden vanuit de (doelgroepgerichte) kernboodschap aangesproken door de denktankdeelnemers die met hen in verbinding staan.

Per doelgroep kijken we wie het beste met welk type communicatiemiddelen de dialoog over ‘samen lerend doen wat werkt’ met hen aan kan gaan. Die communicatiemiddelen dienen als hulpmiddel voor de verschillende doelgroepen om in de praktijk meer ‘samen lerend te doen wat werkt’. Daarbij denken we op het moment bijvoorbeeld aan een pamfletachtig, PowerPoint-presentaties, kaartensets met kwaliteitsvragen, een placemat, filmpjes et cetera. Maar we proberen met kennis vanuit het ‘design thinking’<sup>44</sup> ook nieuwe effectieve communicatiemiddelen te ontwerpen.

We leggen daarbij steeds de nadruk op begrip van de kernboodschap. In bijlage 2 ‘Hulpmiddelen voor een effectief jeugdinstel’ is beschreven waar het ondersteunende inhoudelijke instrumentarium voor een effectief jeugdinstel minimaal uit zou kunnen bestaan.

In de komende maanden vullen we de werkagenda verder in op basis van bovenstaand implementatiemodel. Daarbij wordt de kernboodschap ‘vertaald’ naar de verschillende actorgroepen en voorzien van doelen, producten en ambassadeurs, en van activiteiten en hulpmiddelen per actorgroep. We doen dat in samenspraak met deelnemers uit de denktank en met betrokkenen daar omheen. Tegelijkertijd zullen we als kennisinstututen ervoor moeten zorgen dat de kennis en hulpmiddelen die de verschillende actorgroepen nodig hebben om samen lerend te doen wat werkt, voor hen beschikbaar en bruikbaar zijn c.q. komen.

---

<sup>44</sup> Zie bijvoorbeeld: <https://medium.com/digital-experience-design/how-to-apply-a-design-thinking-hcd-ux-or-any-creative-process-from-scratch-b8786efbf812>

## 9 Tot slot

De kern van ‘samen lerend doen wat werkt’ is samen te vatten in een paar hoofdpunten:

- De vraag van jeugdigen en gezinnen is altijd het uitgangspunt; met aansluitend de vraag vanuit de samenleving. Het realistische én ambitieuze streven daarbij is om de beste preventie, begeleiding, zorg en/of behandeling te leveren voor jeugdigen en gezinnen in die samenleving.
  - Bij het ‘weten wat het probleem is’ en bij het ‘weten wat werkt’ wordt zowel kennis uit wetenschappelijk onderzoek, als (soms impliciete) praktijkkennis van professionals en ervaringskennis van cliënten/burgers gebruikt. De beschikbare kennis wordt daardoor verbonden met de vragen in de praktijk, zodat waar nodig ook maatwerk geleverd kan worden.
  - Kennis is niet statisch, maar iets wat zich ontwikkelt. Door de uitkomsten van wat er gedaan wordt te meten en daarop te reflecteren, en zo samen lerend te werken, leveren alle betrokkenen daar een bijdrage aan. Het gaat daarbij niet alleen om meten in cijfers, maar ook om ‘meten’ in verhalen bij die cijfers.
  - Er wordt gezamenlijk gewerkt in een leercyclus van probleemdefinitie, doelbepaling, kiezen en uitvoeren van een aanpak, evaluatie van en reflectie op uitkomsten van de aanpak en waar nodig bijstellen van doel en aanpak.
  - De leercyclus wordt op vier niveaus doorlopen, waardoor problemen van jeugdigen en gezinnen in de samenleving steeds beter kunnen worden geïdentificeerd en opgelost:
    1. op individueel niveau (van cliënt/burger, professional, instelling, gemeente, kenniswerker)
    2. op collectief niveau (zowel via lotgenotencontacten, intervisie en netwerken als via koepels en verenigingen)
    3. als een verbinding tussen twee leercycli in de interactie bij het zoeken van oplossingen voor problemen of het realiseren van doelen
    4. als een meta-leercyclus in een lerend jeugdstelsel.
  - In de dagelijkse praktijk ligt de focus op het stellen van kwaliteitsvragen aan zichzelf (cliënt/burger, professional, instelling, gemeente, onderzoeker/ontwikkelaar) en aan degene met wie de actor samenwerkt en kennis uitwisselt bij het zoeken naar een oplossing voor het probleem of het realiseren van een doel (cliënt stelt kwaliteitsvragen aan hulpverlener in de uitvoeringspraktijk; gemeente stelt kwaliteitsvragen aan instelling in de beleidspraktijk).
- Al vragenderwijs gaan actoren met elkaar in gesprek over deze hoofdpunten en ze staan zichzelf en elkaar toe gaandeweg uit te vinden hoe ze het beste samen lerend steeds beter kunnen doen wat werkt.

Naast de samenvatting aan het begin van deze publicatie, de kernpunten hierboven en een PowerPoint-presentatie die voor presentaties aan kenniswerkers is ontworpen, zullen we de komende tijd nog meer hulpmiddelen gaan ontwikkelen, conform de lijn die in hoofdstuk 8 is beschreven. Onderdeel daarvan wordt een pamfletachtig document waarmee we in het brede jeugdveld aandacht willen vragen voor het thema ‘Samen lerend doen wat werkt voor jeugdigen en gezinnen’.



# Literatuur

- Barnhoorn, J., Broeren, S., Distelbrink, M., Greef, M. de, Grieken, A. van, Jansen, W., Pels, T., Pijnenburg, H. & Raat, H. (2013). *Cliënt- professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd. Verkenning van kennis en kennishiaten voor het ZonMw- programma Effectief werken in de jeugdsector*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Bartelink, C. & Wilde, E.J. de (2016). *Outcome in zicht: Monitoring door ontwikkelaars van interventies*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden van <http://www.nji.nl/nl/Publicaties/NJi-Publicaties/Outcome-in-zicht-Monitoring-door-ontwikkelaars-van-interventies>
- Barth, R.P., Lee, B.R., Lindsey, M.A., Collins, K.S., Strieder, F., Chorpita, B.F., Becker, K.D. & Sparks, J.A. (2012). Evidence-Based Practice at a Crossroads: The Timely Emergence of Common Elements and Common Factors. *Research on Social Work Practice*, 22(1), 108-119.
- Buchanan, A. & Lara Montero, A. (2015). *Evidence-based Social Services: Toolkit for planning and evaluating social services*. Brighton: European Social Network. Te downloaden van <http://www.esn-eu.org/raw.php?page=files&id=1888>
- Dale, D. van, Zwikker, M., Dunnink, T., Bisseling, R. & Rensen, P. (2013). *Erkenningstraject interventies criteria voor gezamenlijke kwaliteitsbeoordeling 2013-2018*. Utrecht (etc.): Movisie, NCJ, NISB, NJi, RIVM.
- Delespaul, P., Milo, M., Schalken, F., Boevink, W. & Os, J. van (2016). *Goede GGZ!: nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Hoofdstuk 7: 'Wat is evidence based behandelen van psychische klachten?'. Leusden: Diagnosis.
- Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., Cording, E., Tomson, D., Dodd, C., Rollnick, S., Edwards, A. & Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27(10), 1361-1367.
- Expertgroep Branches Gespecialiseerde Zorg voor Jeugd. *Passende zorg en behandeling voor jeugdigen*. Maart 2017.
- Faber, M., Harmsen, M., Burg, S. van der & Weijden, T. van der (2013). *Gezamenlijke besluitvorming & Zelfmanagement: een literatuuronderzoek naar de effectiviteit en naar voorwaarden voor succes*. Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare).
- Gemeente Rotterdam (2015). *Rotterdam Groeit; Beleidskader Jeugd 2015-2020*.
- Gorissen, W.H.M. (2001). *Kennis als hulpbron: het gebruik van wetenschappelijke kennis in de jeugdgezondheidszorg voor 4-19-jarigen*. Proefschrift Universiteit Utrecht. S.l.: s.n.
- Gray, M. (2013). *Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health services and public health*. Edinburgh (etc.): Churchill Livingstone / Elsevier.
- Greenhalg, T., Howick, J. & Maskrey, N. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *British Medical Journal*(online), 348, g3725. Te downloaden van <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3725>
- Greenhalg, T., Snow, R., Ryan, S., Rees, S. & Salisbury, H. (2015). Six 'biases' against patients and carers in evidence-based medicine. *BMC Medicine*, 13(200). Te downloaden van <http://bmcmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0437-x>
- Huber, M., Knotternerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, R., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W.M. van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. van & Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, d4163. Te downloaden van [http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163.full?ijkey=bbdd5aca743cc4c2697dd6c2b87ac3ab85fcfd7d&keytype=tf\\_ipsecsha](http://www.bmj.com/content/343/bmj.d4163.full?ijkey=bbdd5aca743cc4c2697dd6c2b87ac3ab85fcfd7d&keytype=tf_ipsecsha)
- Huber, M., Vliet, M. van & Boers, I. (2016). Heroverweeg uw opvatting van het begrip 'gezondheid'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 160, A7720. Te downloaden van [http://www.louisbolk.org/uploads/Nederlands%20Tijdschrift%20voor%20Geneeskunde%202016\\_Huber%20vVliet%20Boers\\_Het%20begrip%20gezondheid.pdf](http://www.louisbolk.org/uploads/Nederlands%20Tijdschrift%20voor%20Geneeskunde%202016_Huber%20vVliet%20Boers_Het%20begrip%20gezondheid.pdf)
- Jeugdzorg Nederland (2014). *Kwaliteitskader Jeugdzorg: de norm van verantwoorde werktoedeling*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Kann, D., Berg, G. van den & Kremer, I. (2016). *State of the Art: kosteneffectiviteit in het jeugddomein: wat is er bekend over de kosteneffectiviteit van programma's en interventies in het jeugddomein in Nederland?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Kuhn, T.S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Kunneman H (2013). *Praktijken van normatieve professionalisering*. Amsterdam: SWP.
- Lub, V. (2014). *Kwalitatief evalueren in het sociale domein: mogelijkheden en beperkingen*. Den Haag: Boom Lemma.
- Mazzucchelli, T.G. & Sanders, M.S. (2010). Facilitating practitioner flexibility within an empirically supported intervention: lessons from a system of parenting support. *Clinical Psychology Science and Practice*, 17, 238-252.
- Ng, M.Y. & Weisz, J.R. (2016). Annual research Review: Building a science of personalized intervention for youth mental health. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 57(3), 216-236.
- Omlo, J., Bool, M. & Rensen, P. (red.) (2013). *Weten wat werkt: passend evaluatieonderzoek in het sociale domein*. Amsterdam: SWP, Amsterdam.
- Pijnenburg, H.M. & Hattum, M. van (2012). Werkzame factoren doen het samen: een integratief werkzame factorenmodel voor jeugdzorg. In: Berk, M., Hoogenboom, A., Kleermaeker, M. de & Verhaar, K. (red.), *De Jeugdprofessional in ontwikkeling: handboek voor professionals in het jeugddomein* (pp. 237-260). Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Programma Professionalisering Jeugdhulp (2015). *Programma Professionalisering Jeugdhulp en Jeugdbescherming: Plan van aanpak 2015-2018*. S.l.
- Raad voor de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) (s.a.). *De belofte van wetenschap en technologie*. Te downloaden van <http://werkagenda.raadrvs.nl/de-belofte-van-wetenschap-en-technologie>
- Rogers, E.M. (1995). *Diffusion of innovations*. New York: The Free Press.
- Sackett, D.L., Straus, S.E., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (1997). *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.
- Scharmer, C.O. (2010). *Theorie U: leiding vanuit de toekomst die zich aandient*. Zeist: Christofoor.
- Schön DA (1991). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. Abingdon: Taylor & Francis Ltd.
- Veerman, J.W. & Yperen, T.A. van (2007). Degrees of freedom and degrees of certainty: A developmental model for the establishment of evidence-based youth care. *Evaluation and Program Planning*, 30, 212-221.
- VNG (2016). *Factsheet Het familiegroepsplan*. Den Haag: VNG. Te downloaden van <http://www.nji.nl/nl/Publicaties/Nji-Publicaties/Publicaties-Factsheet-Familiegroepsplan2016>
- VNG, Branche-organisaties jeugdhulp, Nederlands Jeugdinstituut (2016). *Harmonisatie outcome in jeugdhulp, jeugdgezondheidszorg, jeugdbescherming en jeugdreclassering: nadere uitwerking*. Den Haag (etc.): VNG e.a.
- Weisz, J.R., Southam-Gerow, M.A., Gordis, E.B., Connor-Smith, J.K., Chu, B.C., Langer, D.A., McLeod, B.D., Jensen-Doss, A., Updegraff, A. & Weiss, B. (2009). Cognitive-Behavioral Therapy versus Usual Clinical Care for Youth Depression: An Initial Test of Transportability to Community Clinics and Clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 383-396. Te downloaden van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3010274/>
- Weisz, J.R., Kuppens, S., Eckshtain, D., Ugueto, A.M., Hawley, K.M. & Jensen-Doss, A. (2013). Performance of Evidence-Based Youth Psychotherapies Compared With Usual Clinical Care: A Multilevel Meta-analysis. *Jama Psychiatry*, 70(7), 750-761. Te downloaden van <http://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/1691780>
- Werkgroep Zorglandschap. Ruimte voor Jeugdhulp. April 2015.
- Yperen, T.A. van (2013). *Met kennis oogsten: monitoring en doorontwikkeling van een integrale zorg voor jeugd*. Utrecht / Groningen: Nederlands Jeugdinstituut / Rijksuniversiteit Groningen.
- Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (2008). *Zicht op effectiviteit: handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Yperen, T.A. van & Wilde, E.J. de & Keuzenkamp, S. (2014). *Outcome in zicht: werken met prestatie-indicatoren in de jeugdhulp*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- ZonMw (2015). *En... werk het?: 10 jaar onderzoek naar zorg voor de jeugd*. Den Haag: ZonMw.



# Bijlage 1: Input vooraf van de deelnemers aan de denktank

Ter voorbereiding op de eerste bijeenkomst van de denktank zijn de deelnemers geïnterviewd over hun visie op evidence-based practice en de werkwijze van de denktank. Behalve de deelnemers aan de denktank zijn enkele andere betrokkenen geïnterviewd, vanuit de ‘most different cases’ gedachte.

In deze bijlage vatten we per hoofdvraag de belangrijkste bevindingen uit de twintig interviews samen.

## 1. Vind je het belangrijk dat we het beste doen voor kinderen op basis van de best beschikbare kennis? Of vind je andere perspectieven belangrijker? Zo ja, welke?

Iedereen vindt dit belangrijk. Andere perspectieven zijn belangrijk, maar niet belangrijker.

Aandachtspunten:

- Je moet antwoord geven op de vraag van de betrokkene(n) en vanuit dat uitgangspunt kennis gebruiken om de vraag te beantwoorden. En kijken wat elk individueel kind in het eigen systeem nodig heeft. Het verbond tussen hulpverlener en cliënt/gezin is daarbij cruciaal. Ook als cliënt/ouders iets niet willen, moet hun stem gehoord worden. Dat is een bewezen werkzame factor.
  - Het gaat hierbij ook om het beïnvloeden van de bredere context van risico- en beschermende factoren, zoals armoede. Maar bijvoorbeeld ook om toegang tot zorg voor allochtone jongeren.
  - Financieel draagvlak van de samenleving en politieke keuzes zijn ‘value based’, en daarbinnen moet evidence-base gewerkt worden. Er is dus in principe altijd een spanningsveld tussen wetenschap, sector en politiek. Doen wat werkt is het meest kosteneffectief.
  - In de praktijk gaat het niet alleen om ‘doen wat werkt’, maar ook om werken met wat er aangeboden wordt. Daar zitten vaak grote verschillen tussen. Interventies moeten in de praktijk worden doorontwikkeld om beter aan te sluiten op de vragen uit het veld.
  - Belangrijk is dat competente mensen de evidence-based interventies uitvoeren; dan pas kunnen ze effectief zijn. Wetenschappelijke kennis moet niet boven vakmanschap en drijfveren staan. Evidence-based gaat ook over levenservaring en de morele oordeelsvorming over het handelen (of het ontbreken daarvan bij bijvoorbeeld jonge mensen) en het organiseren van supervisie/intervisie bij met name de ambulante zorg waar veel ‘alleen’ wordt gewerkt.
- Een heel ander perspectief is de presentiebenadering tegenover de interventiebenadering; die kom je in de praktijk ook tegen.
- ## 2. Herken je je in de definitie van evidence-based practice als de combinatie en verbinding van de best beschikbare kennis uit de wetenschap, de hulpverlenerspraktijk en de cliëntervaringen? Welke eventuele andere definitie van handelen op basis van kennis of evidence-based practice is in jouw achterban of werkveld aanwezig?
- De definitie wordt door iedereen herkend. Er zijn wel enkele aandachtspunten:
- In de literatuur wordt ook een bredere definitie gebruikt, waarbij ook antwoord moet worden gegeven op de vraag van de klant, met gebruik van de beschikbare kennis, uitgevoerd door voldoende, goed opgeleide professionals.
  - Het is herkenbaar als we evidence-based practice opvatten als empirische ondersteuning van de werkzaamheid van zowel interventies, als common elements en common factors.
  - De ethische component is belangrijk: de winst die je met een maatregel bereikt, moet opwegen tegen de schade die je mogelijk aanricht (bijvoorbeeld bij uithuisplaatsing). Hetzelfde geldt voor de financiële en politieke component, bij het maken van keuzes. Niet alles wat kan is ook betaalbaar.
  - Alleen een evidence-based interventie of protocol uitvoeren is geen evidence-based practice; je moet ook kunnen inschatten wanneer het wel of niet werkt met dat protocol; en er dus voldoende creatief mee kunnen omgaan. Daarbij moet je niet alleen naar het individuele effect bij de jeugdige kijken, maar ook naar de bredere context. Dat moet ook in de outcome-monitoring terugkomen.
  - De drie kennisbronnen roepen soms spanning op en dat is goed, omdat sommigen een te smalle definitie gebruiken dat het alleen om wetenschappelijke kennis zou gaan; dat leidt tot veel van de nu heersende misverstanden en discussies. Die spanning moet misschien bewuster boven tafel komen. Eén respondent geeft aan dat richtlijnen op wetenschappelijke kennis gebaseerd moeten zijn, maar dat het gebruik in de praktijk in de driehoek plaats moet vinden met klinische expertise en cliëntervaringen en -voorkeuren.



- Iets wat elders wetenschappelijk is onderzocht, is niet altijd zonder meer over te dragen naar de Nederlandse setting en cultuur. Voor die toetsing in de praktijk is er soms te weinig aandacht.
- Er moet een meer expliciete methodiek komen om de praktijkkennis van hulpverleners en de ervaringskennis van cliënten op systematische wijze te verzamelen. Voor wetenschappelijke kennis is die methode er wel (bijvoorbeeld meta-analyses), maar voor de andere kennisbronnen nog niet. Dat zie je ook terug in richtlijnen en zorgstandaarden (voor volwassenen).

### 3. Hoe kijk je aan tegen de ontwikkeling van evidence-based practice in de afgelopen tien jaar in het jeugdveld? Wat vind je van ontwikkelingen als de databank Effectieve Jeugdinterventies, databank Wat Werkt, richtlijnontwikkeling, academische werkplaatsen et cetera?

- Er is veel gebeurd op dit gebied; er is een samenhangende beweging op gang gebracht. Wel lijken we op deelgebieden af en toe wat door te schieten in de protocolontwikkeling en interventies (meer dan tweehonderd in de databank Effectieve Jeugdinterventies!). Er lijkt een wildgroei te zijn ontstaan van commissies, richtlijnen, groepen et cetera; waarbij niet duidelijk is hoe die allemaal samenhangen.
- Kijken naar werkzame elementen kan helpen om tot de noodzakelijke jeugdveld-brede keuzes te komen en de beschikbare onderzoeks- en ontwikkelgelden efficiënter en effectiever te gebruiken. Het tempo waarin kennis wordt ontwikkeld is tegelijkertijd laag; snelle korte projecten die antwoord bieden op praktijkvragen – dat hoeft niet altijd 100 procent volledig te zijn.
- Er is nog te weinig nadruk geweest op het gebruiken van alle ontwikkelde kennis. Faciliteren we (met name hbo-)praktijkmensen voldoende in handelen dat gebaseerd is op reflectie en op interventies? Opleiding en bijscholing van professionals en organisaties is nu nog te weinig vanzelfsprekend ingebed. Er zijn nog grote verschillen tussen instellingen en tussen deelsectoren (gezondheidszorg, jeugdhulp, welzijn). Dit bij elkaar brengen lukt niet met abstracte discussies, daarvoor is het nodig om het aan de hand van concrete maatschappelijke casuïstiek heel zichtbaar te maken; dan blijken de verschillen vaak kleiner dan ze op het eerste gezicht lijken.
- Ook tussen gemeenten bestaan er nog grote verschillen tussen afdelingen die zich met medische zaken bezighouden en afdelingen gericht op de jeugdhulp, waar men over veel minder harde kennis beschikt. Sommige gemeenten vinden evidence-based practice maar ingewikkeld. Het is wel zo dat hoe meer ze betrokken raken, hoe meer ze de waarde van kennis gaan zien. Financiële krapte dwingt ook tot kennisgebruik; dat kan een gemeenteraad helpen om afwegingen te maken in beleid en zorginkoop. Maar gebrek aan financiering maakt het investeren in kennisvermeerdering tegelijkertijd ook lastig.
- Evidence-based practice is nu te veel het domein van wetenschappers en professionals, die de werkwijze ‘gekaapt’ hebben, waardoor er te veel nadruk is komen te liggen op ‘behandelen’ en op randomized controlled trials (RCT’s); ook beroepsverenigingen, brancheorganisaties, financiers et cetera hebben hier een verantwoordelijkheid in. En natuurlijk bestuurders van instellingen en politieke beslissers. Als die hun gezamenlijke verantwoordelijkheid niet nemen, blijft het brede draagvlak uit dat nodig is voor een gezamenlijke regie op de ontwikkeling van evidence-based practice. Het eigenaarschap ligt nog te weinig bij organisaties, die het leren op de werkvloer moeten faciliteren en verplichten: ‘als leren geen werken is, gebeurt het niet’. Dat vraagt ook om een lerende werkgever.
- Evidence-based practice roept een op zich gezond spanningsveld op met flexibel en op maat werken: het aloude vraagstuk van hoe de professional het individuele geval verbindt met zijn ervaring met andere cliënten en de body of knowledge in het vakgebied, die juist vraagt om ‘programma-integriteit’ bij op effectiviteit getoetste interventies. Effectief hiermee kunnen omgaan kenmerkt professionaliteit; net als het bij zichzelf en bij anderen herkennen van de angst om het niet ‘objectief goed’ te doen en daarmee om kunnen gaan. Richtlijnen en protocollen moeten geen keurslijf zijn, maar een hulpmiddel. Op die manier voorkomen we dat methoden – als ‘verpakkingen’ van werkzame elementen voor een bepaald gecombineerd gebruik – overboord worden gegooid. Heel goed opgeleide professionals begrijpen richtlijnen en protocollen zo goed, dat ze deze op een goede manier te kunnen gebruiken. Naast het ‘personaliseren’ van kennis in de alliantie tussen hulpverlener en cliënt/gezin, is het van belang dat er meer kennis komt over wat werkt voor welke cliënt(systeem): naast aandacht voor wat werkt, is er aandacht nodig voor hoe het werkt.
- De databank Effectieve Jeugdinterventies et cetera heeft geholpen het besef in te laten dalen dat we met de best beschikbare methoden moeten werken. Wat in de databank Effectieve Jeugdinterventies zit, moet wel beter worden uitgevoerd door goed geschoolde professionals. Die ook ruimte hebben voor intervisie en supervisie. Het is ook nog te weinig een levend instrument dat ook breed gebruikt wordt. De meeste interventies in de databank zijn nog onvoldoende wetenschappelijke getoetst op effectiviteit, waardoor professionals niet voldoende houvast krijgen.

- Vooral in wijkteams is het evidence-based werken nog niet echt ingedaald. Evidence-based practice gaat niet alleen over de inhoud van de zorg, maar zou ook moeten gaan over hoe je de zorg vormgeeft. Dat is nu te veel op goede bedoelingen en politieke overwegingen gebaseerd en te weinig op kennis over hoe je het zou moeten doen en hoe je het kunt evalueren. Gemeenten vragen zich tegelijkertijd af of andere dingen dan protocollering en inhoudelijke kwaliteit voldoende worden meegenomen. Breder zie je ook regelmatig dat vanuit ideeën nieuwe initiatieven worden gestart zonder goede onderbouwing en zonder dat dit met (bijvoorbeeld kleinschalig praktijk)onderzoek wordt begeleid, waardoor de vernieuwing van de kennisbasis te traag gaat. Er zou meer kennis in het veld moeten zijn over hoe je kleinschalig onderzoek met weinig kosten opzet; en een attitude bij professionals, instellingen en beleidsmakers dat dit onderdeel van het gewone werk is.
- Monitoring die alleen gebruikt wordt ter verantwoording is kostbaar en niet effectief. Het is nog een zoektocht naar de juiste combinatie van getallen en verhalen die helpen het beleid rationeel vorm te geven. Kwaliteitsontwikkeling moet daarvoor onderdeel zijn van het inkoopproces. Naast aandacht voor effectiviteit is daarbij ook meer aandacht nodig voor efficiëntie; en voor implementatie, dat doen we nog niet goed.
- De implementatieproblemen maken dat evidence-based practice meer idealistisch dan realistisch dreigt te worden.
- Samenwerking tussen onderzoekers en praktijk-professionals op basis van gelijkwaardigheid draagt bij aan evidence based werken, bijvoorbeeld in academische werkplaatsen.

**4. Hoe zou evidence-based practice bijvoorbeeld bij een thema als aanpak van kindermishandeling vorm moeten krijgen? Hoe zie je daarin bijvoorbeeld de verhouding tussen evidence-based richtlijnen, hulpmiddelen als risicotaxatieinstrumenten, vakmenschap van hulpverleners en het aansluiten op cliëntervaringen en -voorkeuren? Waar liggen mogelijkheden en waar beperkingen van het evidence-based practice denken?**

Het meeste is al genoemd in de beantwoording van eerdere vragen, met name vraag 3.

Een paar specifieke punten:

- Evidence-based practice is hier bij uitstek: gebruikmaken van de kennis over wat werkt, wat de praktijkervaring ons leert en wat cliëntvoorkeuren zijn om de beste effecten te sorteren, binnen de ethisch-normatieve en financiële kaders die we hebben. Zowel op het niveau van de individuele casus, als op het niveau van een analyse van bijvoorbeeld twintig casussen om op basis daarvan een overkoepelend plan van aanpak op te stellen. Er is wel meer onderzoek nodig naar effectieve preventie.
- Er lijkt een wildgroei te zijn van ingrediënten, met te weinig aandacht voor hoe we dit in samenhang overzichtelijk en behapbaar maken voor iedereen. Liever minder nieuwe dingen ontwikkelen, het bestaande meer aanscherpen, en dan ook echt gaan doen wat werkt. Meer cyclisch kijken.
- Hier speelt heel sterk de angst om het niet goed te doen, wat ertoe leidt dat professionals en instellingen zich gaan 'indekken' (bijvoorbeeld het gebruik van de LIRIK (Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid) als 'afvinklijst') en dus niet per se tot de meest effectieve aanpak. Instrumenten moeten voor professionals een hulpmiddel zijn om het werk goed te doen.
- Bij dit thema interfereren persoonlijke normen en waarden gemakkelijk in het contact met cliënten en gezinnen. Supervisie en intervisie zijn hier dus heel belangrijk om effectief te werken. Dat hoort onderdeel te zijn van de zorginkoop.
- Omdat bij kindermishandeling verschillende beroeps-groepen samenwerken (artsen, gedragswetenschappers, sociaal werkers) is een gemeenschappelijke taal erg belangrijk en bijvoorbeeld het gezamenlijk bespreken van de individuele inschattingen om te komen tot één gezamenlijke inschatting van het risico.
- Er moet aandacht zijn voor de manier waarop we de kennis over wat werkt vertalen naar een effectieve multidisciplinaire / intersectorale aanpak. Er wordt nog te weinig samengewerkt.
- Er moet meer aandacht zijn voor de psychopathologie van ouders, om het onderwerp uit de 'taboesfeer' te halen; het gaat nu vooral om ouders als 'daders', terwijl het vaak heel beschadigde en kwetsbare mensen zijn. Dus het is ook goed om cliëntervaringen en voorkeuren in beeld te brengen.
- Bij gemeenten speelt op dit dossier vooral dat er goed wordt samengewerkt in de keten, zowel bestuurlijk als in het veld. Interventies moeten wel evidence-based zijn.

**5. Wat zijn naar jouw mening de belangrijkste vraagstukken die we in de bijeenkomsten van de denktank zouden moeten bespreken? En hoe zouden we die bijeenkomsten moeten voorbereiden?**

De hiervoor gestelde vragen zijn de belangrijkste.

Aanvullend zijn genoemd:

- Aandacht voor de vraag hoe sterk de evidence eigenlijk is; en voor de overdaad aan protocollen, standaarden en richtlijnen. Daarbij moet er naast kwaliteit en effectiviteit ook aandacht zijn voor de kosten en baten van de jeugdhulp. Zowel op de korte als de lange termijn. En hoe dat te vertalen is in keuzes. Daarbij zouden ook alternatieven besproken moeten worden voor randomized controlled trials (RCT's) (inclusief



data uit de routine outcome monitoring (ROM)), omdat de mogelijkheden daarvan beperkt zijn.

- Gelijktijdige aandacht voor werkzame interventies, werkzame specifieke factoren én werkzame algemene factoren; met daarnaast aandacht voor langetermijneffecten (psychologisch-pedagogisch en maatschappelijk). Met tegelijkertijd aandacht voor overzicht over de wijze waarop ‘modules’ gebruikt worden.
- Meer aandacht voor het onderscheid tussen het ontwikkelen, het verspreiden en het implementeren van kennis. Hoe kunnen we kennis beter benutten?
- Aandacht voor transdiagnostische modellen die onderliggende mechanismen en symptomen blootleggen en niet alleen uitgaan van diagnoses. Bijvoorbeeld door hier een externe spreker voor uit te nodigen. En aandacht voor de verbinding van deze modellen met de doorontwikkeling van het denken in werkzame elementen.
- Aandacht voor het verbinden van de verschillende ‘ontwikkelingsstadia’ van de deelsectoren waar het gaat om evidence-based practice. Bijvoorbeeld of we hetzelfde bedoelen en op dezelfde manier naar de context kijken. Daarbij moet ook gekeken worden naar de manier waarop kennis bruikbaar is voor preventie en meer algemene positieve benaderingen (bijvoorbeeld netwerk versterken).
- Niet alleen aandacht voor de manier waarop je kennis opbouwt over methodieken, maar ook over de alliantie tussen hulpverlener en cliënt /gezin, en hoe je dat in de praktijk brengt.
- Aandacht voor de vraag hoe je in complexe dynamieken van aanbod van systemen vanuit netwerken zicht houdt op wat werkt. Ook met betrekking tot de transculturele component. Daarbij zou gewerkt moeten worden vanuit casuïstiek; casusreconstructiemethode.
- Aandacht voor zowel de waarde als de beperking van het protocol, de interventie, de evidence-based practice in bredere zin. Ook in de zin van ontwikkeling naar ‘personalized medicine’: wat werkt voor wie en hoe weet je dat?
- Aandacht voor het overbrengen van kennis over het nut van evidence-based practice bij gemeenten. Hiervoor moet kennis gebruikt worden over effectieve implementatie (bijvoorbeeld de implementatietheorie van Rogers (1995)). Bijvoorbeeld één-gezin-één-plan is vooral zinvol bij complexe zaken en niet bij simpele zaken; ook die kennis moet naar gemeenten. En we moeten successen laten zien.
- Aandacht voor de vraag hoe we ervoor kunnen zorgen dat evidence-based practice realistisch is en niet (alleen) idealistisch.
- Aandacht voor de vraag of jongeren hier ook echt iets aan hebben. De vraag van onderop centraal stellen:

jongeren, ouders, opleidingen (mbo, hbo en wo) en professionals; niet top-down benaderen.

- Eerst gezamenlijk vaststellen welke (sub)thema’s we willen bespreken en dan discussie aan de hand van tevoren rondgestuurde inspirerende artikelen en/of TED-achtige ‘pitches’ van mensen van binnen en buiten de groep.
  - Peilen wat het draagvlak is voor een gezamenlijke onderzoeksprogrammering, als onderdeel van de bredere werkagenda. Nu is dat te gefragmenteerd; met meer samenhang kunnen we beter bijdragen aan de gewenste ontwikkeling. En er ook voor zorgen dat professionals zich mede-eigenaar voelen van onderzoek, zodat er ook meer kans is op het slagen van het onderzoek en op implementatie van de resultaten.
- 6. Wat is er volgens jou nog meer nodig om de denktank succesvol te laten zijn en tot maatschappelijke impact te laten leiden?**
- Ervoor zorgen dat het product niet een te evident ‘hotemetoten’-documentje wordt, maar iets dat verrassend is en het veld echt helpt. Niet alleen een document, maar een gezamenlijk proces maken dat tot iets leidt. Een goed implementatieplan, gebaseerd op een implementatietheorie. Bijvoorbeeld met een inspirerend filmpje.
  - Aandacht voor framing en naamgeving: evidence-based practice roept veel negatieve associaties op. Titel en doel moeten verbonden worden aan wat we willen bereiken, geformuleerd vanuit het perspectief van jongeren en ouders.
  - Zoeken naar ‘change agents’ en ambassadeurs; ook onder jongeren. Achterbannen in tweede instantie als ‘olievlek’ meenemen.
  - Het benadrukken en ondersteunen van een lerende sector (gemeenten en instellingen): leren op de werkvloer in lerende organisaties.
  - Co-eigenaarschap organiseren in het verbrokkelde veld. De tijd nemen om elkaar goed uit te leggen wat we bedoelen en om elkaar echt goed te snappen. Ervoor zorgen dat het eindproduct ook echt van iedereen is. Aansluiten bij bestaande ‘gewortelde’ verbanden zoals SEJN, academische werkplaatsen en dergelijke.
  - Zorgen voor een gemeenschappelijk vertrekpunt met de kennisinstututen; ook die moeten ontschotten.
  - Het is een goed idee om subsessies/nevensessies te organiseren.
  - Maatschappelijke problematiek zou centraal gesteld moeten worden, en niet de methodieken en protocollen. Wat we weten moet ‘vertaald’ worden naar gemeentelijke taal en problemen. We moeten gebruikmaken van verhalen, niet alleen van theoretische presentaties met modellen en cijfers. Die verhalen moeten wel kloppen met de cijfers. Niet communiceren in beleidstaal.

- We zouden de inspecties kunnen vragen om op een andere manier toezicht te houden; minder op details aan de voorkant, zoals het toepassen van methodieken en protocollen, maar meer op effecten.
- De publieke opinie beïnvloeden door regelmatig stukken te publiceren in bijvoorbeeld kranten, en door steeds anderen op een vergelijkbare manier ons verhaal te laten vertellen.
- Opleidingen zijn van belang (mbo, hbo en wo); voor professionals, maar ook voor beleidsmakers en bestuurders.
- Zorgen voor opiniestukken in de openbare media (bijvoorbeeld in de krant; ondertekend door meerdere prominenten).
- Een lange adem. En successen laten zien.
- Jeugd in Onderzoek 2017 is een mooi moment om iets met het resultaat te doen!

# Bijlage 2: Hulpmiddelen voor een effectief jeugdstelsel

In deze bijlage geven we een overzicht van het minimale instrumentarium voor een effectief jeugdstelsel, aan de hand van de vier hoofdcomponenten van ‘samen lerend doen wat werkt’.

## Hoofdcomponent 1. Probleem kennen en doel bepalen

Kennisdossiers waarin de kennis op een probleemgebied geordend en toegankelijk gemaakt is voor de verschillende hoofdspelers (professionals, burgers/cliënten, gemeenten, innovatoren/onderzoekers).

Centrale vragen daarbij zijn:

- Wat houdt het probleemgebied in; wat zijn de feiten en de definities; inclusief cijfers/epidemiologie?
- Waarom is het een belangrijk probleem? (sluit aan op de vorige vraag, maar incorporeert de waardecomponent)
- Wat weten we over oorzaken, bevorderende en belemmerende factoren en risicofactoren?
- Wat weten we over wat werkt? (hier zit een verbinding in naar hoofdcomponent 2)
- Wat weten we nog niet en moet nader onderzocht worden?

Deze kennisdossiers moeten zodanig worden uitgewerkt dat de inhoud begrijpelijk en toegankelijk is voor alle hoofdspelers. Bij voorkeur door vanuit één backoffice via verschillende toegangen de basisinformatie te bieden. Voor burgers/cliënten en beleidsmakers/zorginkopers is globale informatie vaak voldoende, maar voor instellingen, professionals en onderzoekers/ontwikkelaars is er meer gedetailleerde kennis nodig. En natuurlijk een contactpersoon die benaderd kan worden voor nadere informatie of de vraag waar die gevonden kan worden.

## Hoofdcomponent 2. Weten wat werkt

Een aantal databanken of overzichten. Bijvoorbeeld:

- een overzicht van algemeen werkzame factoren in zorg en welzijn;
- een databank/overzicht met effectieve generieke/contextgerichte aanpakken van probleemgebieden;
- een databank/overzicht met effectieve interventies op specifieke problemen bij specifieke doelgroepen;
- een databank/overzicht met werkzame elementen in interventies en generieke aanpakken;
- een overzicht van wat werkt bij een probleemgebied, waarin de informatie uit de drie databanken toegankelijk wordt gemaakt voor mensen die zich

op een bepaalde doelgroep richten, aangevuld met kennis die daar (nog) niet in is opgenomen, maar wel veelbelovend is (N.B. dit kan ook een onderdeel van de kennisdossiers zijn).

Deze databanken/overzichten moeten toegankelijk zijn voor de vier groepen hoofdspelers. Ook hier geldt weer dat voor burgers/cliënten en beleidsmakers/zorginkopers globale informatie vaak voldoende is (bijvoorbeeld een samenvatting), terwijl voor professionals/instellingen en onderzoekers/ontwikkelaars meer gedetailleerde informatie nodig is.

Voor de drie databanken kunnen vergelijkbare criteria worden gebruikt voor het niveau van de bewijskracht van de beschikbare onderbouwing; ofwel zoals nu in de databank Effectieve Jeugdinterventies (met de klassieke onderzoekshiërarchie met de randomized controlled trials (RCT) aan de top), dan wel in de nieuwe indeling die de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) gaat voorstellen en die meer gebaseerd is op de inschatting hoe groot de kans is dat nieuwe kennis de conclusies zal veranderen.

## Hoofdcomponent 3. Doen wat werkt

Hulpmiddelen die het gebruik van bestaande kennis in de praktijk faciliteren. Bijvoorbeeld:

- richtlijnen, zorgprogramma's, zorgstandaarden die de kennis uit de drie/vier kennisdomeinen voor een groep burgers/cliënten met specifieke problemen zodanig ordenen dat ze professionals en cliënten in de uitvoeringspraktijk kunnen helpen de juiste beslissingen te nemen;
- competentieprofielen van professionals die duidelijk maken welke inhoudelijke kennis, interactievaardigheden en manier van evidence-based werken (de verbinding van wetenschappelijke kennis met hun eigen praktijkervaring, de ervaring en voorkeuren van de actuele cliënt en het actuele waardestelsel) nodig zijn voor goede hulp/zorg; en die duidelijk maken hoe een goede professional de beschikbare kennis op een verantwoorde manier gebruikt bij het geven van behandeling, zorg of ondersteuning;
- het model voor sturen op kwaliteit dat de kwaliteitscyclus van professionals en instellingen verbindt aan de kwaliteits-/beleidscyclus van beleidsmakers/zorginkopers;

- implementatieprogramma's om richtlijnen, competentieprofielen en het sturingsmodel ook daadwerkelijk in de uitvoeringspraktijk toegepast te krijgen.

Deze hulpmiddelen zijn vooral van belang voor professionals/instellingen en beleidsmakers/zorginkopers, maar moeten zodanig geformuleerd zijn dat burgers/cliënten ze kunnen begrijpen en zij professionals/instellingen en beleidsmakers/zorginkopers erop kunnen aanspreken.

#### **Hoofdcomponent 4. Lerend werken**

Instrumenten die ervoor zorgen dat er op bestaande kennis wordt voortgebouwd, dat effecten in beeld zijn, dat er evidence-based wordt geïnnoveerd en dat er nieuwe kennis wordt ontwikkeld. Bijvoorbeeld:

- routinematige meting van uitkomsten op cliënt-niveau (in elk geval: doelrealisatie, uitval en cliënttevredenheid; in de vorm van feedback-informed treatment (FIT)), zoals de ROM (routine outcome monitoring) in de jeugd-ggz en de in ontwikkeling zijnde lerende databank jeugd van het SEJN; om een voortdurende feedback te genereren op het handelen van de individuele professional, maar ook afdelingen en instellingen; hiermee kan bijvoorbeeld ook de effectiviteit van 'care as usual' en generieke aanpakken worden onderbouwd;
- evaluatieonderzoek naar specifieke bestaande en nieuwe interventies; met een goede aansluiting van de gebruikte onderzoeksmethode op de aard van de vraag en de aard van de interventie;
- monitoring van problematieken en gevolgen van beleid in regio's en op landelijk niveau;
- systematische cliëntenfeedback op de organisatie van de zorg en andere elementen die niet uit routinematige uitkomstmeting kunnen komen (bijvoorbeeld Spiegelbijeenkomsten, specifieke cliënttevredenheidsonderzoeken, focusgroepen);
- een leerproces die ervoor zorgt dat de informatie uit de meet- en evaluatie-instrumenten in het model voor sturen op kwaliteit ook daadwerkelijk input leveren voor de meet-sprek-verbeterbeweging;
- systematische reflectie en intervisie door professionals en beleidsontwikkelaars;
- een innovatie-aanpak die ervoor zorgt dat nieuwe ideeën enerzijds (waar mogelijk) met bestaande kennis worden onderbouwd en anderzijds automatisch met onderzoek en/of monitoring worden begeleid om tijdens de ontwikkeling op basis daarvan te kunnen bijsturen en na ontwikkeling meteen een onderbouwing te hebben om ze (wel of niet) in de kennisbasis op te nemen.

Deze componenten zijn vooral van belang voor onderzoekers/ontwikkelaars en voor professionals/instellingen, maar moeten zodanig worden uitgewerkt dat burgers/cliënten en beleidsmakers/zorginkopers ze kunnen begrijpen en instellingen erop kunnen spreken dat ze de leerproces of het lerend werken goed organiseren.

# Bijlage 3: Deelnemers aan de denktank Evidence-based practice in de jeugdhulp

## Leden denktank

- Isabel Alarcon (ondersteuner Jeugdwelzijnsberaad)
- Loes Bandsma (LP-GGZ – bestuur jeugd en bestuur Balans)
- Peter Dijkshoorn (Accare, bestuur GGZNL en bestuur KC-KJP)
- Lia van Doorn (wetenschappelijke adviesraad BPSW)
- Rutger Engels (Trimbos-instituut en hoogleraar UU)
- Karin van Gorp (ZonMw – kennisinstituten)
- Ruud Grondel (gemeente Diemen – wethouder)
- Marie Jeanne van Hagen (VT Zaanstreek/Waterland en bestuur NVO)
- Erik Lemstra (Xtra – welzijn) (tot oktober 2016)
- Ans van de Maat (Intermetzo – JZNL) (voorzitter)
- Bram Orobio de Castro (hoogleraar UU en AWTJ Utrecht)
- Huub Pijnenburg (lector HAN en Praktikon en RU)
- Yvonne Vanneste (GGD West-Brabant – JGZ) (vanaf november 2016)
- Marc Verbraak (Pro Persona en bestuur P3NL)
- Hans de Vos (Xtra – welzijn) (vanaf oktober 2016)
- Annemieke van der Zijden (GGD Noord-Brabant – JGZ) (tot oktober 2016)
- Onno de Zwart (gemeente Rotterdam – ambtenaar)

## Leden ondersteuningsgroep

- Kees Bakker (Nederlands Jeugdinstituut)
- Germie van den Berg (Nederlands Jeugdinstituut) (projectsecretaris)
- Peter Dijkshoorn (Nederlands Jeugdinstituut)
- Wim Gorissen (Nederlands Jeugdinstituut) (projectleider)
- Suzanne Hardeman (Nederlands Jeugdinstituut)
- Saskia Keuzenkamp (Movisie)
- Ans van de Maat (Intermetzo – JZNL) (voorzitter)
- Lou Repetur (Movisie) (vanaf december 2016)
- Peter Rensen (Movisie) (vanaf december 2016)
- Karlijn Stals (Nederlands Jeugdinstituut)
- Tom van Yperen (Nederlands Jeugdinstituut)











Nederlands  
Jeugdinstituut



**Nederlands Jeugdinstituut**

Postbus 19221  
3501 DE Utrecht

T 030 230 6344

E [info@nji.nl](mailto:info@nji.nl)

[www.nji.nl](http://www.nji.nl)