

Het E-project

Evidence-based werken in de Vlaamse Jeugdhulp,
een praktijkverhaal.

Het **E**-project

Evidence-based werken in de Vlaamse Jeugdhulp, een praktijkverhaal.

'Verenig rede met verbeelding en je krijgt schoonheid.'
(Salman Rushdie)

Een uitgave van 'De Cocon', Jeugdhulp aan Huis
Geschreven door Wim Taels
Met bijdragen van Johan Vanderfaeillie,
Tom van Yperen en Wim Gorissen

De Cocon, Jeugdhulp aan Huis
Ham 133
9000 Gent
Tel. 09 222 30 73
info@decocon.be | www.decocon.be

© 2016 De Cocon, Jeugdhulp aan Huis

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de uitdrukkelijk bij wet bepaalde uitzonderingen mag niets van deze uitgave verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden, door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaandelijke schriftelijke toestemming van de auteur en van de uitgever.

Dit boek is een uitgave van De Cocon, Jeugdhulp aan Huis

Auteur en eindredactie: Wim Taels

Met bijdragen van volgende auteurs:

Johan Vanderfaeillie

Tom van Yperen en Wim Gorissen

Deze publicatie is eveneens te downloaden via www.decocon.be

In deze zijn er geen absolute zekerheden. Nuchter onderzoek, met als basis twijfel en zelfkritiek, kunnen ons helpen om beter te worden. Er zijn alleen voorlopige zekerheden, grenzen aan onze kennis en mogelijkheden, die we met vallen en opstaan kunnen verleggen.

‘Verkort citaat uit een publicatie van De Maakbare Mens vzw’

Dank aan....

Het E-project en bij uitbreiding het hele traject rond evidence-based werken dat 'De Cocon' de afgelopen jaren doorgemaakt heeft, was niet mogelijk geweest zonder de inzet, de steun, de deskundigheid, het enthousiasme en het harde werk van een heel aantal personen en organisaties.

Aangezien in Nederland het evidence-based werken al vroeger op de beleidsagenda stond, was het vanzelfsprekend om Nederlandse deskundigen ter zake te consulteren. Ik wil hen bedanken voor de luisterbereidheid en de hulp: Tom van Yperen (Nederlands Jeugdinstituut) en Gert Kroes (Praktikon – BergOp).

Ook wil ik de mensen van de Nederlandse jeugdhulpvoorzieningen Cardea en de stichting Jeugdformaat bedanken voor de goede ontvangst tijdens ons studiebezoek en de ervaringsuitwisseling.

In eigen land wisselden we ervaringen uit met Jeugdzorg Emmaüs Antwerpen. Ook zij kozen voor evidence-based werken, maar volgden een ander traject. Ook hen wil ik bedanken voor de openheid en de uitwisseling.

Het Agentschap Jongerenwelzijn wil ik bij deze ook bedanken voor de steun, vaak achter de schermen, aan ons traject.

Enkele mensen wil ik in het bijzonder danken.

Ignace Van Dingenen, voorzitter van 'De Cocon' van 2004 – 2014, die op moeilijke momenten altijd ons traject heeft gesteund en de discussies in de Raad van Bestuur in goede banen wist te leiden. Zijn wijsheid en kracht waren inspirerend. Hiervoor verdient hij onze oprechte dankbetuigingen.

Bart Libbrecht, projectverantwoordelijke van het EBW-project binnen 'De Cocon', die aanzienlijk studiewerk verrichtte, steeds op zoek ging naar oplossingen voor knelpunten en het proces faciliteerde op alle mogelijke manieren. Zijn volharding en professionalisme betekenden een grote steun.

Prof. Johan Vanderfaeillie (Vrije Universiteit Brussel) die niet alleen zijn wetenschappelijke kennis ter beschikking heeft gesteld maar ons met raad en daad heeft bijgestaan. Vaak heeft hij ons als we vastgelopen waren terug op de rails gezet. Johan was een onmisbare partner en klankbord.

Last but not least, wil ik al onze medewerkers en ex-medewerkers (met inbegrip van onze bestuurders en masterstudenten) uitdrukkelijk bedanken. Hun bijdrage aan het traject, elk op hun eigen terrein, is niet te onderschatten. Zij hebben hard gewerkt, vaak bovenop hun 'normale taken', en verdienen hiervoor alle lof.

Wim Taels

Inhoudsopgave

Inleiding	6
1 Situering van de keuze om meer evidence-based te gaan werken	9
2 Situering van de keuze tot evidence-based werken en de maatschappelijke context	11
2.1 Evidence-based werken in de jeugdhulp in Vlaanderen	11
2.1.1 De complexiteit van interventies in de jeugdhulp	11
2.1.2 Discussies in het werkveld (en binnen de wetenschappelijke wereld) en bezorgdheden bij onze medewerkers	13
3 Het E-project (°2009- ...) - kader	19
3.1 De jaren voor het E-project.....	19
3.2 Het E-project	19
3.2.1 Algemene doelstelling en uitgangspunt van het E-project	19
3.2.2 Aanstellen van een projectverantwoordelijke en het investeren van tijd en middelen ..	19
3.2.3 De start van het E-project – voorbereidende fase	19
3.3 De keuze voor een definitie voor evidence-based werken.....	21
3.4 Concrete doelstellingen van het E-project.....	22
3.5 Verdere stappen in de voorbereiding	22
3.6 Het belang van sterk partnerschap met een wetenschappelijke partner	22
4 Methodiekbeschrijving	24
4.1 Doelstelling	24
4.2 De meerwaarde van de methodiekbeschrijving - theorie	24
4.2.1 Inhoud en opbouw van de methodiek	24
4.2.2 De meerwaarde van de methodiek.....	24
4.3 Het afgelegde proces in functie van de methodiekbeschrijving	25
4.4 De weg van de verschillende hulpverleningsvormen	26
4.4.1 Het spoedteam: Crisisinterventie en Terugkeer Naar Thuis?	26
4.4.2 Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding	28
4.4.3 Thuisbegeleiding	28
4.4.4 Begeleid zelfstandig wonen (BZW).....	30
4.5 Globale evaluatie en aanbevelingen.....	32
5 Het in kaart brengen van effect op methodiekniveau.....	35
5.1 Het belang van resultaatsindicatoren	35
5.2 De gekozen resultaatsindicatoren	35
6 Het invoeren en gebruiken van diagnostiek	37
6.1 Doelstellingen	37
6.2 De meerwaarde van diagnostische vragenlijsten handelingsgericht in te zetten – theorie.....	37
6.3 De selectie en implementatie van diagnostische vragenlijsten	38
6.4 De weg van de verschillende hulpverleningsvormen: hetzelfde maar toch verschillend.....	39
6.4.1 Thuisbegeleiding en Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding	39

6.4.2	Crisishulp aan Huis	43
6.4.3	Begeleid zelfstandig wonen	47
6.4.4	Het spoedteam.....	48
6.5	Globale evaluatie	48
7	Doelrealisatie in kaart brengen	50
7.1	De mate waarin het hoofddoel van de interventie werd behaald.....	50
7.1.1	Crisishulp aan Huis	50
7.1.2	Crisisinterventie en Terugkeer Naar Thuis-begeleiding	50
7.1.3	Thuisbegeleiding en Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding	51
7.1.4	Conclusies.....	52
7.2	De mate waarin cliënten zonder of met minder zware hulp verder kunnen (uitstroom)	52
7.3	De mate waarin met de cliënt overeengekomen hulpverleningsdoelen gerealiseerd zijn.....	54
8	Cliënttevredenheid	57
8.1	Het belang van cliënttevredenheidsmeting	57
8.1.1	De keuze voor de instrumenten	58
9	De bouwstenenmethode	60
10	Programma-integriteit.....	62
10.1	Bewaken van kwaliteit en methodiektrouw	62
10.2	Doelgroep- en handelingsregistratie	62
10.3	Een fundamenteel knelpunt	64
11	Conclusies – eindbeschouwingen.....	65
11.1	Procesevaluatie.....	65
11.2	De resultaten – eindbeschouwing en lessen	67
12	Wat brengt de toekomst?	69
13	Slotwoord	70
	Het E-project: enkele beschouwingen op het praktijkverhaal	73
	Evidence-based werken in de Nederlandse jeugdhulp.	80
	Lijst met gebruikte afkortingen	91
	Bijlage - Publicaties betreffende het E- project.....	92

Inleiding

Sinds 2007 koos 'De Cocon' om meer evidence-based te gaan werken. Tot midden 2009 zetten we hierin te kleine stapjes vooruit. Midden 2009 startte het E-project. Dit stond voor het project evidence-based werken in 'De Cocon, waarbij we structureel tijd en middelen vrijmaakten om hierin fundamentele stappen vooruit in te zetten.

Deze keuze was evident voor 'De Cocon' op zich, maar plaatste ons als pionier in Vlaanderen tevens in het 'middelpunt' van een hevig debat rond evidence-based werken (EBW).

Deze positie als pionier, alsook de hevige discussie over EBW, maakte het niet gemakkelijk. In het sindsdien afgelegde traject hebben we paden betreden die in de Vlaamse jeugdhulp nog niet betreden werden en hebben we kennis moeten verwerven die we niet bezaten. Het doorgemaakte leerproces ging met vallen en opstaan, met successen en missers.

Deze publicatie geeft inkijk in de maatschappelijke context waarbinnen het traject zich heeft afgespeeld en in het afgelegde traject an sich. Een moeilijk, maar bijzonder leerrijk traject dat 'nooit' ten einde is.

Omdat we het belangrijk vinden om te leren uit onze successen en fouten, vroegen we aan Professor Johan Vanderfaellie, onze wetenschappelijke partner, om een kritische reflectie te maken op ons praktijkverhaal. Ook deze kritische reflectie werd opgenomen in deze publicatie.

Aan Prof. Dr. Tom van Yperen en Dr. Wim Gorissen vroegen we om een vergelijking te maken tussen de ontwikkelingen in de Vlaamse en Nederlandse effectiviteitsbeweging in de jeugdhulp. Deze vraag leverde een meer dan boeiend artikel op.

Omdat dit het praktijkverhaal van 'De Cocon' is, vind je hieronder een woordje uitleg over wie we zijn, zodat je dit verhaal beter kan plaatsen.

Over 'De Cocon, Jeugdhulp aan huis' (anno 2016)

De Cocon, Jeugdhulp aan huis is een vereniging zonder winstoogmerk die jeugdhulpverlening aan huis organiseert vanuit haar erkenning als organisatie voor Bijzondere Jeugdbijstand en Crisishulp aan Huis. We zijn erkend en worden gesubsidieerd door de Vlaamse overheid via het Agentschap Jongerenwelzijn.

"We willen de ontplooiingskansen en de zelfredzaamheid van kinderen, jongeren en gezinnen in een problematische leef- en/of opvoedingssituatie, maximaliseren via het bieden van mobiele pedagogisch gerichte hulpverlening in het milieu van de cliënt. We gaan uit van een vrijzinnige, humanistische levenshouding."

Onze doelgroep bestaat uit jongeren en gezinnen met kinderen die zich in een problematische leef- en/of opvoedingssituatie bevinden en waarbij pedagogische ondersteuning noodzakelijk is.

We organiseren drie vormen van crisishulp in Oost Vlaanderen: Crisisinterventie, Terugkeer Naar Thuis? en Crisishulp aan Huis. Daarnaast worden twee vormen van thuisbegeleiding aangeboden: Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding en Thuisbegeleiding. Ook bieden we Contextbegeleiding in functie van autonoom wonen aan. Dit aanbod bieden we aan in het gebied 'Gent-Eeklo-Deinze'.

Ons aanbod Crisisinterventie en Terugkeer Naar Thuis? zijn eerder 'diagnostische' hulpverleningsvormen waarbij kalmte brengen tijdens de crisis, inschatten van de veiligheid van de gezinsleden, het in kaart brengen en verhelderen van de krachten en hulpvragen van de jongere en het gezin centraal staan. Daarnaast wordt gefocust op een gepaste doorverwijzing/toeleiding naar geschikte vervolghulp indien nodig.

Ons aanbod Crisishulp aan Huis is bedoeld voor gezinnen in een acute crisissituatie die dusdanig ernstig is dat de uithuisplaatsing van één of meer kinderen in het gezin dreigt. Het doel van Crisishulp aan Huis is de aanwezige crisis op te lossen en de veiligheid in het gezin te vergroten, teneinde een uithuisplaatsing van één of meer van de kinderen te voorkomen. De onderliggende methodiek is gebaseerd op Families First. Crisishulp aan Huis benut de crisis om veranderingen tot stand te brengen en start binnen 24 uur. De hulp is intensief en kortdurend (28 dagen) en vindt plaats in de eigen leefomgeving van het gezin. De gezinsmedewerker is wekelijks 7 tot 8 uren aanwezig in het gezin.

Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding is een vorm van intensieve pedagogische hulp aan gezinnen; de hulp is gericht op competentievergroting. Onderliggende methodiek is de 'versterking'. Het hoofddoel van Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding is dat de kinderen in het gezin thuis kunnen blijven wonen of opnieuw thuis kunnen wonen. Deze thuissituatie voorziet in de minimale basiszorg, waarbij sprake is van adequate fysieke, psychische en affectieve omstandigheden voor de kinderen en die daarmee ook voldoende veilig is. De hulp is intensief. Dat betekent dat er, gespreid over meerdere huisbezoeken, wekelijks gemiddeld vier uren contact met de gezinsleden zijn (gespreid over de gehele begeleidingsperiode).

Thuisbegeleiding is een vorm van pedagogische hulp aan gezinnen met kinderen onder de 18 jaar waarbij de draaglast niet alleen verzwaaard wordt door een opvoedingsproblematiek, maar ook door problemen met het vormgeven van andere gezinstaken zoals huishouden/verzorging, financiën, maatschappelijk functioneren, partnerrelatie of het individueel functioneren van de ouders en de kinderen. Thuisbegeleiding heeft een gemiddelde duur van 1,5 jaar. De gezinsbegeleider komt gemiddeld wekelijks éénmaal langs met een gemiddelde intensiteit van 1,5 uur per week.

Contextbegeleiding in functie van autonoom wonen (CBAW) is bedoeld voor jongeren van 17 tot maximum 21 jaar die nood hebben aan een stabiele thuissituatie en voor wie autonoom wonen aangewezen is omwille van de problematische leefsituatie in het gezin, in de residentiële voorziening of in het pleeggezin. Sommige aangemelde jongeren zijn thuisloos. Het algemeen doel van CBAW is het uitbouwen van een stabiele thuis met en een kwaliteitsvolle toekomst. Bijzonder aan de gebruikte methodiek is de focus op het herstel en verstevigen van het sociaal en familiaal netwerk, het aanleren en trainen van noodzakelijke vaardigheden voor het uitbouwen van een stabiele thuis en een ondersteunende groepswerking. De begeleiding duurt elf maanden. De hulp is intensief. Dat betekent dat er, gespreid over meerdere huisbezoeken, wekelijks drie tot vier uren contact is met de jongere en zijn context (gespreid over de gehele begeleidingsperiode).

Tijdslijn en cijfers

- ° 1991 Oprichting 'De Cocon' en erkenning als thuisbegeleidingsdienst
- ° 1998 Start project Crisishulp aan Huis
- ° 2000 Erkenning voor Begeleid Zelfstandig Wonen
- ° 2003 Start aanbod crisisinterventie
- ° 2006 Start aanbod Terugkeer Naar Thuis?
- ° 2007 Beslissing om in te zetten op evidence-based werken
- ° 2009 Erkenning Crisishulp aan Huis als werkvorm
Start E-project
Opstart aanbod Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding
- ° 2012 Opstart bijkomend aanbod Begeleid Zelfstandig Wonen kort, met netwerkondersteuning
- ° 2013 Innovatief project "praktijkonderzoek naar meer verantwoorde flexibilisering van de regelgeving met oog op hogere turnover in de bijzondere jeugdbijstand" (tot 31/12/2015)
Start ontwikkeling nieuwe methodiek Contextbegeleiding in functie van autonoom wonen, "La Vie".
- ° 2014 Besluit tot stopzetten gebruikte methodieken Begeleid Zelfstandig Wonen en Begeleid Zelfstandig Wonen kort, met netwerkondersteuning
- ° 2016 Innovatief project doorontwikkeling nieuwe methodiek Contextbegeleiding in functie van autonoom wonen, 'La Vie' (tot 31/12/2018).

Op 1 januari 2016 telde 'De Cocon' 37 medewerkers.

Huidige Erkenningen:

1. Erkenning als organisatie voor bijzondere jeugdbijstand voor contextbegeleiding en contextbegeleiding in functie van autonoom wonen met een erkend gewicht van 120 (Gebaseerd op de erkenning van 12 contextbegeleidingen (thuisbegeleiding), 20 contextbegeleidingen met hoge intensiteit (intensief kortdurende thuisbegeleiding) en 24 contextbegeleidingen in functie van autonoom wonen).
2. Erkenning als dienst Crisishulp aan Huis met een capaciteit van 102 plaatsen op jaarbasis (ook in te zetten voor crisisinterventie en TNT).

“Systematisch alles in twijfel trekken en systematisch overal in geloven zijn twee identieke houdingen die ons beletten na te denken”. (Henri Poincaré)

1 Situering van de keuze om meer evidence-based te gaan werken

In 2007 besliste de raad van bestuur van 'De Cocon' om in te zetten op het evidence-based werken.

We hadden zeer positieve ervaringen met methodisch werken in Crisishulp aan Huis, waar we werkten met de gestandaardiseerde methodiek gebaseerd op Families First dat als evidence-based werd beschouwd. Deze methodiek werd bij onze medewerkers geenszins aanvaard als een keurslijf. De ervaring was dat deze methodiek bij uitstek ruimte liet voor een unieke hulpverleningsrelatie in de gezinnen en heel wat flexibiliteit bood. Werken met een methodiek gaf houvast aan begeleiders en maakte een gerichte ondersteuning mogelijk.

Naast deze positieve ervaring lagen er ook een aantal knelpunten aan de basis van de beslissing om in te zetten op het evidence-based werken, waarvan we hoopten dat deze keuze zou bijdragen aan het oplossen van deze knelpunten.

Een eerste belangrijk knelpunt betrof het probleem van een gebrek aan transparantie en overdraagbaarheid van de hulpverlening binnen thuisbegeleiding en begeleid zelfstandig wonen. Binnen deze hulpverleningsvormen werkten we eclecticisch. De invulling daarvan was dat de ene begeleider koos voor werken met de principes van de gestalttherapie, de andere volgens die van de systeemtheorie, nog een andere eerder volgens het contextueel gedachtegoed en ook enkele die psychoanalytische elementen in hun begeleidingswerk inbrachten. De hulp werd gegeven vanuit de opleiding of interesse van de begeleider en niet volgens het eclecticisch-integratief werken binnen hulpverlening, wat inhoudt dat de hulpverlener – afhankelijk van de problematiek en de cliënt – bewust een aanpak gebruikt die het best aansluit bij de cliënt en zijn problematiek. Deze foutieve invulling van het eclecticisch werken hypothekeerde de transparantie (en overdraagbaarheid) van de hulpverlening aanzienlijk, zowel voor het beleid van de organisatie, de collega's als voor de cliënt zelf.

Binnen de toenmalige teams 'Thuisbegeleiding' en 'Begeleid zelfstandig wonen' werd het knelpunt vastgesteld dat een 'gemeenschappelijke taal' ontbrak. Sommige medewerkers pleitten ervoor om een keuze te maken voor één theoretisch kader om dit euvel op te lossen, vaak hetgeen het dichtst aansloot bij de eigen opleiding of interesse.

Ook bemoeilijkte het ontbreken van een gemeenschappelijk kader aanzienlijk de ondersteuning van de begeleider, de professionalisering van de hulpverlening en de kwaliteitsbewaking binnen de casussen. Dit omdat hulpverleners grotendeels solistisch werkten. Ze gaan meestal alleen naar cliënten (jongeren/gezinnen) toe, onderhouden contacten met de verwijzers en het sociale en professionele netwerk van de cliënt. Hulpverleners moeten doorgaans snel en zelfstandig situaties beoordelen, mogelijkheden tot veranderingen onderkennen en risico's inschatten. Supervisie, intervisie en coaching wordt door het ontbreken van dit gemeenschappelijk kader extra moeilijk.

Een **tweede belangrijk knelpunt** was het ontbreken van enig zicht op resultaten en effectiviteit binnen Thuisbegeleiding en BZW. Uitspraken over de resultaten en effectiviteit van onze hulpverlening (zowel in positieve als in negatieve zin) konden we niet staven omdat cijfers ontbraken. Deze vaststelling geldt niet enkel voor ons, maar eigenlijk voor de ganse Vlaamse jeugdhulp. De nakende komst van de uitvoering van het kwaliteitsdecreet 2003¹ (uiteindelijk is het pas in uitvoering gegaan op 1 maart 2014²), waarbij de nadruk sterker gelegd wordt op het aantonen van resultaten, maakten de nood groter.

Tevens maakt het ontbreken van enig cijfermateriaal over resultaten de jeugdhulp (en ons) kwetsbaar na incidenten, waarbij de hulpverlening wordt afgerekend op wat fout gelopen is in een casus, maar haar waarde onvoldoende objectief kan aantonen.

¹ Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen.

² Besluit van de Vlaamse Regering van 14 februari 2014 tot wijziging van het besluit van de Vlaamse Regering van 13 juli 1994 inzake de erkenningsvoorwaarden en de subsidiënormen voor de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand.

Beleidsmatig stelden we in 'De Cocon' vast dat we nog heel wat progressiemarge hadden om de kwaliteit van onze hulpverlening te verbeteren ten behoeve van onze cliënten. De keuze om in te zetten op het evidence-based werken, paste binnen de ambitie om onze hulpverlening te verbeteren.
Evidence-based werken vulden we in den beginne (2009) in als meer wetenschappelijk onderbouwd werken wat we vertaalden als meer gebruik maken van wetenschappelijke inzichten en instrumenten.

De eerste jaren na onze keuze om in te zetten op het evidence-based werken modderden we maar wat aan. Met de komst van het E-project (najaar 2009) kwam hier verandering in. **Hier start ons verhaal.**

2 Situering van de keuze tot evidence-based werken en de maatschappelijke context

2.1 Evidence-based werken in de jeugdhulp in Vlaanderen

De term evidence-based werken kwam begin 2006 op de voorgrond in de Vlaamse jeugdhulpsector via het door de Vlaamse regering goedgekeurde Globaal Plan Jeugdzorg.³ Naast uitbreiding van het aanbod in de jeugdhulp legde het Plan sterk de nadruk op effectiviteit en efficiëntie.

Evidence-based werken was het antwoord om effectiever en efficiënter te gaan werken in de toekomst. Het Globaal Plan gaf echter geen definitie voor evidence-based werken.

De toenmalige minister van Welzijn, mevrouw Inge Vervotte, beklemtoonde dat de effectiviteit en efficiëntie van het hulpaanbod zowel zichtbaarder als vergroot moesten worden. Wetenschappelijke onderbouw in de jeugdhulp en wetenschappelijk onderzoek waren daartoe de weg.

Na de lancering van het begrip evidence-based werken in het Globaal Plan Jeugdzorg startte een hele discussie in Vlaanderen.

Evidence-based werken werd helaas gebruikt als een containerbegrip. Iedereen wist wat het betekent, maar voor iedereen was het toch anders. Vooral de erg uiteenlopende interpretaties van het begrip en het onvoldoende uit elkaar halen van deze interpretaties, en dus ook de kritieken erop, zorgden voor een klimaat waarbij de keuze om evidence-based te werken door een deel van het werkveld zeer negatief werd bekeken en waarbij vaak discussies in het werkveld (maar eveneens ook door wetenschappers) ongenueanceerd en polariserend werden gevoerd. Al te vaak zagen we hoe mensen hun mening al gaven voor ze er ernstig over hadden nagedacht wat echt hun mening was.

2.1.1 De complexiteit van interventies in de jeugdhulp

Interventies in de jeugdhulp zijn vaak complex, waarbij vele factoren de uitkomst van de interventie ervan kunnen beïnvloeden. Koen Hermans onderscheidt drie benaderingen van de complexiteit in de hulpverlening.⁴

‘Wanneer is een interventie succesvol? Op welke termijn moeten de effecten gemeten worden? Wie bepaalt de definitie van een succesvolle interventie? In welke mate kan het effect toegeschreven worden aan de interventie? Wat is de invloed van de context, de omgeving van de interventie?’⁵ Dit zijn allemaal complexe vragen. Koen Hermans onderscheidt grofweg drie groepen.

2.1.1.1 *Het negeren van complexiteit*

De **eerste groep** wil het enge model uit de geneeskunde (evidence-based medicine) zonder enige aanpassing invoeren in de jeugdhulpverlening waarbij enkel resultaten (bewijs) op basis van ‘Randomized Controlled Trial’ (RCT) als afdoend wetenschappelijk bewijs worden erkend (Hermans, 2008). Dit is een vorm van effectmeting waarin een ad random samengestelde experimentele groep wordt vergeleken met twee ad random samengestelde controlegroepen. Een eerste controlegroep krijgt een alternatieve behandeling (care as usual of een alternatief) en een tweede controlegroep krijgt geen behandeling. Alle drie de groepen worden onderworpen aan dezelfde meetmethode. Indien de meting van de experimentele groep duidelijk beter is dan de meting van de twee controlegroepen kan de interventie als aangetoond effectief worden beschouwd. In de praktijk is deze vorm van effectmeting in de jeugdhulp moeilijk realiseerbaar.

Deze groep negeert, aldus Hermans, de complexiteit van de hulpverlening.

2.1.1.2 *Het benadrukken van complexiteit*

Een **tweede groep** meent dat het net omwille van de complexiteit van de hulpverlening het onmogelijk is om degelijk onderzoek uit te voeren dat toelaat om veralgemeende uitspraken te doen over effectiviteit. Dit kamp benadrukt het procesmatige karakter van de hulpverlening en als gevolg hiervan de onvoorspelbaarheid. Net omdat elk kind, elke jongere en elk gezin uniek zijn, zijn veralgemeningen

³ Globaal Plan Jeugdzorg: ‘De kwetsbaarheid voorbij... Opnieuw verbinding maken.’ zoals goedgekeurd door de Vlaamse Regering op 3 februari 2006.

⁴ Hermans Koen, Evidence-based jeugdhulp: veelbelovend of holle hype?, gepubliceerd in Handboek integrale jeugdhulp, Politeia, Brussel, november 2008.

⁵ idem

onmogelijk (Hermans, 2008). Hermans haalt aan dat er binnen deze strekking nog eens twee groepen zijn met fundamentele tegenstellingen: nl. het positivisme en het constructivisme. *“Het positivisme verwerpt elke vorm van wetenschappelijk onderzoek als uitgangspunt. Zij zijn ervan overtuigd dat hulpverleners een ambacht is dat vooral geleerd wordt door het te doen. De belangrijkste kennisbron is hier praktijkervaring; en de wetenschap wordt gewantrouwd. Het constructivisme erkent wel het belang van onderzoek, maar enkel als het vanuit een constructivistische wetenschapsfilosofie wordt opgevat. Wetenschappelijk onderzoek heeft verre van een eenduidige identiteit en achter de term gaan er zeer scherpe tegenstellingen schuil.”*⁶

Hermans duidt de fundamentele verschillen tussen beide strekkingen:

	Positivisme	Constructivisme
<i>De aard van de werkelijkheid</i>	Eén objectieve werkelijkheid	Meerdere, geconstrueerde werkelijkheden
<i>De relatie tussen onderzoeker en het onderzochte</i>	Onafhankelijkheid	Afhankelijkheid en onscheidbaarheid
<i>Waardeleer</i>	Waardevrij onderzoek	Waardegebonden onderzoek
<i>De mogelijkheid tot veralgemening</i>	Tijd- en context- overstijgend	Onmogelijkheid tot veralgemening
<i>Causaliteit</i>	Scheiding tussen oorzaak en effect	Oorzaak en effect zijn nauwelijks van elkaar te onderscheiden

In Vlaanderen zijn bekende ‘constructivisten’ in het debat rond evidence-based werken in de jeugdhulp de Gentse sociaal agogen Rudi Roose en Michel Vandebroeck. Zij namen stelling in tegen evidence-based werken in de jeugdhulp, maar vooral tegen de enge interpretatie ervan. Helaas gebeurde dat de eerste jaren zonder voldoende duidelijk te maken dat het tegen de enge interpretatie van evidence-based werken was en werd pas in 2011 deze nuance in teksten ingebracht. Ook blijven ze de vrees uiten voor mogelijke maatschappelijke blinde vlekken bij de ruime benadering van evidence-based werken (zie verder in de tekst bij het luik over de derde groep).

*Voorstanders stellen dat mensen recht hebben op kwaliteitsvolle zorg, en dat het dus onverantwoord is methodieken te implementeren als we niet weten of deze ook effectief een verschil maken in de probleemsituatie. Tegenstanders stellen dat de nadruk op sterk voorgestructureerde methodieken het hart van de professionele hulp raken, gezien het de relatievorming tussen cliënten en hulpverleners kan belemmeren omdat niet flexibel en op maat kan worden gewerkt. Zowel voor- als tegenstanders tonen dus een bekommernis om de kwaliteit van de zorg. Belangrijk is om niet te blijven hangen in een debat voor of tegen, maar zowel de mogelijkheden als risico’s in beeld te houden.*⁷

*“Aantrekkelijk aan het project van De Cocon is de zoektocht naar het ontwikkelen van hulpverlening dat het oude adagium ‘we werken eclecticisch’ overstijgt. De bewuste reflectie over wat werkzame factoren zijn in de hulpverlening, en wat de effecten zijn van interventies is belangrijk. In de hulpverlening bestaat ook een stroming die kan bestempeld worden als anti- intellectualisme⁸, waarbij elke verwijzing naar theorie of onderzoek als verdacht wordt gezien en als een bedreiging voor de eigenheid van de zorg. Dergelijke houding is problematisch, omdat ze blijft hangen in een romantisch beeld van hulpverlening waarbij ‘het goed menen’ al te gemakkelijk voor kwaliteit wordt aanzien.”*⁹

⁶ Hermans Koen, Evidence-based jeugdhulp: veelbelovend of holle hype?, gepubliceerd in Handboek integrale jeugdhulp, Politeia, Brussel, november 2008.

⁷ Roose Rudi, Evidence-based jeugdzorg, verschenen in Zuurstof voor de bijzondere jeugdzorg, Cera, Leuven, februari 2013. (Dit artikel is gebaseerd op de lezing die Rudi Roose gaf op het congres over dit thema dd 27/10/2016).

⁸ Hiermee wordt het positivisme bedoeld.

⁹ Roose Rudi, Evidence-based jeugdzorg, verschenen in Zuurstof voor de bijzondere jeugdzorg, Cera, Leuven, februari 2013.

2.1.1.3 Een pragmatische, praktijkgestuurde benadering

Een **derde groep** van onderzoekers probeert op een pragmatische en creatieve wijze rekening te houden met de complexiteit van de hulpverlening, maar probeert tevens op zoek te gaan naar veralgemeningen (Hermans, 2008). Hiervoor is echter wel een ruime benadering van evidence-based werken nodig, waarbij verschillende vormen van onderzoek mogelijk zijn om uitspraken te doen over effectiviteit.

Hermans haalt McNeece & Thylér¹⁰ aan om de **ruime benadering** te omschrijven. *“McNeece en Thylér omschrijven de ruime definitie als de integratie van de beschikbare onderzoeksevidentie met de professionele expertise van praktijkwerkers en de voorkeuren en verwachtingen van cliënten. Onderzoek wordt hier zo ruim mogelijk gedefinieerd, met slechts één, weliswaar essentiële, beperking. Het onderzoek moet aan de huidige kwaliteitsstandaarden voldoen en moet tegelijkertijd transparant zijn wat de werkwijze betreft. De professionele expertise van praktijkwerkers heeft betrekking op de competentie om kennis uit de opleiding, interpersoonlijke vaardigheden en ervaringen te gebruiken om het functioneren van cliënten en doelgroepen te kunnen beoordelen en om hun voorkeuren en waarden te kunnen begrijpen. Net omdat het succes van de interventie samenhangt met de medewerking van de doelgroep kan men niet voorbijgaan aan hun ervaringskennis.*

Deze definitie benadrukt dus het integreren van onderzoeksresultaten omtrent de effecten van sociale interventies, professionele expertise of praktijkkennis en verwachtingen en behoeften van de cliënt. Dit is verre van een gemakkelijke oefening. Het heeft dan ook geen zin te verwachten dat Evidence-based practice (EBP) alle problemen zal oplossen. Het moge tevens duidelijk zijn dat EBP hier in de eerste plaats de kwaliteitsverbetering van de jeugdhulp nastreeft in functie van het verbeteren van het welzijn van het kind/de jongere en zijn gezin.”¹¹

Als we in de verdere tekst spreken over ‘evidence-based werken’, dan spreken we (tenzij duidelijk anders vermeld) over deze invulling. Als ‘De Cocon’ hebben we vanaf het begin gekozen voor een pragmatische invulling van evidence-based werken.

2.1.2 Discussies in het werkveld (en binnen de wetenschappelijke wereld) en bezorgdheden bij onze medewerkers

De ongenueanceerdheid van het debat en de grote weerstand m.b.t. evidence-based werken in de hulpverlening in de beginjaren, brachten de eerste jaren binnen ‘De Cocon’ extra procesmatige moeilijkheden met zich mee m.b.t. de implementatie. Het debat verhoogde de aanwezige bezorgdheid bij een gedeelte van het personeel. Door een deel van het werkveld werd de keuze van ‘De Cocon’ om evidence-based te werken zeer negatief bekeken, waarbij vaak discussies ongenueanceerd en polariserend werden gevoerd (vooral in de periode 2007-2012 was dat sterk aanwezig).

Sofie De Smet¹² geeft een verklaring voor weerstanden vanuit het werkveld m.b.t. het expliciteren van methodieken.

“Door een aantal misvattingen kregen praktijkwerkers koude rillingen van de ambitie om methodieken te gaan expliciteren, zodat ze gebruiksklaar zouden zijn voor collega-professionals. Het begeleiden of behandelen van jongeren en gezinnen met goed beschreven methodieken werd geassocieerd met ontmenselijking van de hulpverlening. Ontmenselijking, omdat door het gebruik van de beschreven methodieken er geen op maat gesneden behandeling of begeleiding meer mogelijk zou zijn. Meteen was er ook de vraag wat er moet gebeuren met ‘moeilijke’ of ‘lastige’ gebruikers waarvoor beschreven methodieken geen of weinig soelaas bieden. Wat met cliënten waarvoor er zelfs geen beschreven methodieken bestaan? Tegelijk vreesden de professionals dat met de intrede van beschreven methodieken, waarvan het proces van begeleiding of behandeling gedetailleerd is uitgeschreven, hun

¹⁰ McNeece A. en Thylér B., ‘Evidence-based practice and social work’, In: Journal of evidence-based social work, 1 (1), p.7-23, London, Sage, 2004.

¹¹ Hermans Koen, Evidence-based jeugdhulp: veelbelovend of holle hype?, gepubliceerd in Handboek integrale jeugdhulp, Politeia, Brussel, november 2008.

¹² De Smet Sofie, Gedeelde kennis is dubbele kennis: expertise uit de Vlaamse jeugdhulp beschrijven, evalueren en delen, gepubliceerd in Handboek integrale jeugdhulp, Politeia, Brussel, november 2013.

handelingsvrijheid beperkt zou worden. Praktijkwerkers vreesden dat ze op termijn enkel nog gefinancierd zouden worden op basis van het gebruik van die beschreven methodieken en het resultaat ervan.”

Deze verklaring herkennen we vanuit onze ervaring maar al te goed en leefden ook bij onze medewerkers. Dat waren echter niet de enige redenen.

Evengoed was een gedeelte van onze medewerkers bang voor wat er zou gebeuren als de methodieken die ze zelf gebruikten volgens onderzoek niet werkzaam zouden blijken te zijn.

Ook leefde er een vrees dat het evidence-based werken (en het in kaart brengen van resultaten uit de hulpverlening) zou gebruikt worden in evaluatiegesprekken.

Tegelijk werd de bezorgdheid geuit dat het ‘buikgevoel’ geen plaats meer zou hebben in de hulpverlening. Evidence-based werken werd geassocieerd met ontmenselijking van de hulpverlener, die louter een technische uitvoerder zou worden van voorgeschreven programma’s, waarbij er geen ruimte zou zijn voor de relatievorming tussen cliënten en hulpverleners, intuïtie en creativiteit. Hierdoor zou de handelingsruimte van de hulpverlener sterk beknot worden.

Anderen uitten de vrees voor ongebruiksvriendelijke, niet klantvriendelijke en tijdrovende instrumenten.

2.1.2.1 De grote discussies binnen het werkveld (en de wetenschappelijke wereld)

2.1.2.1.1 Is evidence-based werken wel ethisch?

Zonder hierover uit te weiden en volledigheid na te streven draaide deze discussie in het werkveld vooral over uitsluiting van cliënten en het niet kunnen bieden van zorg op maat.

Eén van de kritieken t.a.v. EBW is dat EBW cliënten uitsluit of zou uitsluiten.

In deze discussie zaten verschillende al dan niet los van elkaar staande elementen:

Het **eerste element** betrof een reactie op een groep wetenschappers die het enge model uit de geneeskunde (evidence-based medicine) zonder enige aanpassing willen invoeren in de jeugdhulpverlening waarbij enkel resultaten (bewijs) op basis van ‘Randomized Controlled Trial (RCT) als afdoend wetenschappelijk bewijs worden erkend. Dit zou ertoe leiden dat er in de jeugdhulpverlening enkel gewerkt zou mogen worden met die methodieken waarvan de interventie aangetoond (via RCT) werkzaam is.

Wereldwijd wordt het aantal interventies op het terrein van jeugd en opvoeding dat hieraan voldoet geschat op slechts 1 tot 5%.¹³ Deze zijn bovendien vaak ontwikkeld en getest (1) bij sterk geprotocolleerde interventies, (2) bij jongeren met een duidelijk afgebakend probleem en (3) uitgevoerd door speciaal getrainde hulpverleners. Hermans geeft aan dat deze drie voorwaarden zelden of nooit representatief zijn voor de praktijk. Deze interventies hebben aldus Hermans misschien wel een hoge werkzaamheid in een onderzoekscontext, maar of ze ook effectief en bruikbaar zijn in levensechte praktijksituaties is veel minder geweten.¹⁴

Deze invulling zou leiden tot een sterke verschraving van de jeugdhulpverlening, waarbij zorg op maat verre van gegarandeerd lijkt te zijn. Deze invulling lijkt ons bij de huidige stand van zaken in de wetenschap dan ook niet wenselijk, noch werkbaar en ethisch onverantwoord. Een hulpverlener kan toch moeilijk met zijn armen over elkaar gaan zitten indien een wetenschappelijk goed onderbouwde interventie ontbreekt.

Een **tweede element** is dat interventies doelgroepen uitsluiten en daardoor heel wat doelgroepen in de jeugdhulp in de kou blijven staan. Het is ons inziens een foute redenering om het uitsluiten van doelgroepen in interventies gelijk te stellen aan het uitsluiten van jeugdhulp.

¹³ Konijn C. en Bruinsma W., Veelgestelde vragen over effectiviteit in de jeugdzorg, NJI, Utrecht, 2008.

¹⁴ Hermans Koen, Evidence-based jeugdhulp: veelbelovend of holle hype?, gepubliceerd in Handboek integrale jeugdhulp, Politeia, Brussel, november 2008.

Het is de jeugdhulp die geen ‘hulpbehoevende doelgroepen’ mag uitsluiten. Een interventie¹⁵ doet dit met recht en rede wel. Iedere interventie is gericht op een bepaald probleem of bepaalde problemen. De werkwijze tracht dit probleem of problemen op te lossen, hanteerbaar te maken, te verminderen of te voorkomen. Het probleem wordt beschreven in termen van aard (wat omhelst het probleem) en ernst en wat er gebeurt als er niet wordt ingegrepen.

“De doelgroep van een interventie wordt bepaald door het probleem waarvoor de interventie is ontworpen. Deze doelgroep heeft nog andere kenmerken. Soms hangen deze samen met het probleem, soms met de werkwijze van de interventie (bijvoorbeeld leeftijd, ernst van probleemgedrag, ...). Dit alles geeft aanleiding tot indicaties en contra-indicaties. Indicaties zijn kenmerken van het kind en de omgeving waarvan uit wetenschappelijk onderzoek bekend is of op basis van gesystematiseerde praktijkervaring verondersteld kan worden dat ze de kans van slagen van de aanpak positief beïnvloeden. Contra-indicaties verlagen de kans van slagen van de aanpak. Hieruit kan worden afgeleid dat een interventie effectiever is naarmate ze er beter in slaagt de doelgroep waarvoor ze is bedoeld te bewaken.”¹⁶

Deze wetenschappelijke bevindingen botsen echter op de huidige manier van organiseren van de jeugdhulp in Vlaanderen, waarbij generalistisch werken zeer breed wordt ingevuld en waar van hulpverleners die de hulp uitvoeren verwacht wordt op een grote verscheidenheid aan hulpvragen een antwoord te geven. *“In de praktijk blijkt dit vrijwel onmogelijk te zijn. Hulpverleners hebben vaak onvoldoende kennis en vaardigheden om deze grote verscheidenheid aan hulpvragen en achterliggende problematiek te behandelen.”¹⁷*

Het is evident dat bijvoorbeeld ouders met gebrekkige opvoedingsvaardigheden een andere aanpak nodig hebben dan ouders in een conflictueuze scheiding waarbij de opvoedingsvaardigheden van op zich competente ouders in negatieve zin worden beïnvloed. Het is eveneens evident dat specialistische hulp bij gedrags- en ontwikkelingsproblemen bij de minderjarige door een beperking (handicap) of een psychische stoornis een ander soort begeleiding vragen dan een begeleiding voor multi-probleemgezinnen.

Het kennen van de beperktheden van interventies en van organisaties die deze aanbieden is belangrijk. Een cliënt is niet gebaat met ongeschikte hulpverlening. Deze doet mogelijks meer kwaad dan goed en biedt geen oplossing. Ongeschikte hulpverlening aanbieden vinden we onethisch naar de cliënt toe. Tevens beschouwen we het – als organisatie – wel als plicht om regelmatig na te denken over ons aanbod gekaderd binnen de ruimere jeugdhulp en oplossingen te zoeken voor hiaten in de jeugdhulp om te vermijden dat doelgroepen uit de boot vallen.

Een **derde element** is dat evidence-based werken (en het aantonen van resultaten) ervoor zou zorgen dat de gemakkelijkste doelgroep waarmee men het meeste succes genereert zou worden gekozen. Deze stelling hebben we altijd vreemd gevonden en enig bewijs hiervoor ontbreekt. Of een organisatie kiest voor de gemakkelijkste doelgroep waarmee men het meeste succes genereert, hangt af van de ethiek van de organisatie of dit al dan niet zo is. Onze motivatie is anders. *Wat werkt wel en wat werkt niet? Als uit cijfers blijkt dat er een groep kennelijk onvoldoende baat heeft bij een bepaalde aanpak, dan moeten we voor deze groep iets vinden wat wel werkt.*

Een **vierde element** betref het ‘keurslijf’ van het werken met methodieken en dat deze de uniciteit ontkennen van elke cliënt. Dit is vreemd. Evidence-based werken impliceert dat de jeugdhulpverlener zijn hulpverlenend antwoord baseert op een combinatie van drie elementen:

- Wensen, behoeften en verwachtingen van de jongere en/of zijn gezin;
- Eigen expertise en ervaring;

¹⁵ Een interventie is iets anders dan in de jeugdhulp ook veel gebruikte basismethodieken. Bij basismethodieken gaat het om werkwijzen die gericht zijn op cliënten ongeacht hun specifieke probleem. Doorgaans zijn het aanpakken waaruit een bepaalde ‘*basishouding*’ of manier van ‘*bejegening*’ spreekt, zoals bijvoorbeeld oplossingsgericht werken en competentiegericht werken. Een essentieel kenmerk van een interventie is de gerichtheid op een bepaalde doelgroep. (Vrij naar Boendermaker L., Implementeren is reflecteren, Evidence based werken en de implementatie van interventies in de jeugdzorg, HvA Publicaties, Amsterdam, 2011).

¹⁶ Vanderfaillie Johan, Implementatie van evidence-based praktijken in De Cocon vzw: stand van zaken en toekomstige ontwikkelingen, Gent, Jaarverslag 'De Cocon' 2011.

¹⁷ Van Yperen Tom (red), 55 vragen over effectiviteit, Nederlands Jeugdinstituut, 2010.

- Empirisch bewijs¹⁸

Effectieve hulpverlening vereist immers dat de hulpverlener enerzijds het handelen baseert op dat wat aangetoond effectief is en dat hij anderzijds aansluit bij de motivatie, behoeften en wensen van de cliënt en de mogelijkheden van de situatie. Begeleiders hebben daarin een belangrijke verantwoordelijkheid: zij moeten de 'match' maken tussen de collectieve kennis (vervat in het methodisch kader) en de unieke hulpverleningssituatie. Het gebruik van bewezen inzichten en getoetste instrumenten leidt alleen tot een betere kwaliteit van zorg als ze niet gedachteloos worden toegepast, maar door ze bewust mee te nemen in de overwegingen met betrekking tot hulp, met de mogelijkheid er gemotiveerd van af te wijken.¹⁹

*"Kenmerk van effectieve hulpverlening is dat de professional deze richtlijnen niet slaafs volgt, maar meeneemt als overwegingen in de besluiten die zij **samen met hun cliënten nemen**."*²⁰

Een onderdeel van dit element betreft de relatievorming tussen cliënten en hulpverleners, waarbij de vrees leeft dat dit belemmert wordt door het gebruik van voorgestructureerde methodieken omdat niet flexibel en op maat kan worden gewerkt. Uit eigen ervaring kunnen we dit tegenspreken. Het volgen van een methodiek (tenzij blind uitgevoerd) faciliteert het uitbouwen van een kwaliteitsvolle hulpverleningsrelatie omdat de methodiek zowel voor de cliënt als voor de hulpverlener omwille van zijn duidelijke structuur een houvast biedt bij woelige momenten, bv. bij crisissituaties. Diverse onderzoekers waaronder Braet vermoedden dat *dankzij de voorgestructureerde methodiek de techniek minder zorg vroeg, waardoor de 'therapeut' meer oog voor het individu kon hebben*.²¹

Een veel gehoorde opmerking is dat het gebruik van evidence-based interventies de professionaliteit inperken. Professionals moeten zich aan het protocol houden, en dat is het dan. Dit is een verregaande miskenning van wat er aan algemene en specifieke beroepsvaardigheden nodig is om interventies goed in te voeren.²²

Een andere discussie die het debat in de sector enkele jaren aanzienlijk heeft gekleurd is deze over algemeen en specifieke werkzame factoren. De discussie ging vaak over de vraag of de invoering van evidence-based methodieken zou leiden tot verbetering. Bijkomend werd gesteld dat algemeen werkzame factoren belangrijker zijn.

De algemeen werkzame factoren in een interventie dragen bij aan het effect ongeacht de soort behandeling/begeleiding en doelgroep. Factoren die in onderzoek worden genoemd, zijn:

- aansluiten bij de motivatie van de cliënt;
- een goede structurering van de interventie: een duidelijke doelstelling, planning en fasering, een heldere werktheorie die een verband legt tussen de problematiek, de doelen van de behandeling en de activiteiten;
- een goede aansluiting van de hulp op de aard en de ernst van de problematiek en de hulpvraag;
- uitvoering van de interventie zoals die uitgevoerd hoort te worden;
- professionaliteit van de behandelaar, door een goede opleiding en training;
- goede werkomstandigheden van de behandelaar, zoals een draaglijke caseload, goede ondersteuning en veiligheid;
- het routinematig monitoren van de effectiviteit. Het gaat dan niet alleen om het meten van de problemen aan het begin en het einde van de behandeling om te kijken of ze voldoende zijn afgenomen. Tijdens de begeleiding kan ook worden bijgehouden of de cliënt tevreden is, of er voldoende aan de doelen van de hulp wordt gewerkt en of er vooruitgang zit in het verwerven

¹⁸ De Smet Sofie, Gedeelde kennis is dubbele kennis: expertise uit de Vlaamse jeugdhulp beschrijven, evalueren en delen, gepubliceerd in Handboek integrale jeugdhulp, Politeia, Brussel, november 2013.

¹⁹ van Yperen T. en Dronkers F, Programma Richtlijnenontwikkeling Jeugdzorg, NVMW, Phorza, NIP en NVO, Utrecht/Amsterdam, maart 2009.

²⁰ van Yperen T. en Dronkers F, Programma Richtlijnenontwikkeling Jeugdzorg, NVMW, Phorza, NIP en NVO, Utrecht/Amsterdam, maart 2009.

²¹ Braet, C., Behandelprotocollen: een revolutie in kinderpsychotherapie?; In Hamers K., Van Leeuwen K., Braet C. en Verhofstadt-Denève L., Moeilijke kinderen of kinderen die het moeilijk hebben?, Antwerpen, Garant, 2003.

²² Boendermaker L., Implementeren is reflecteren, Evidence based werken en de implementatie van interventies in de jeugdzorg, HVA Publicaties, Amsterdam, 2011.

van vaardigheden of de afname van de problematiek. Met een dergelijke monitoring zien hulpverleners of de begeleiding op koers ligt, zodat die tijdig bij te sturen is;

- een goede relatie tussen de cliënt en de hulpverlener.²³

Specifiek werkzame factoren hangen samen met de specifieke methode/interventie, of met de specifieke doelgroep. Vaak werd vergeten dat deze specifieke methode/interventie ook de algemeen werkzame factoren borgt en deze vasthoudt tijdens de begeleiding. In het NJI-rapport over algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg²⁴ werd volgende conclusie getrokken:

“In de eerste plaats bevatten de methoden technieken die feitelijk als algemeen werkzame factor opereren (zoals het structureren van hulp via doelgericht werken) of die een invloed hebben op de kwaliteit van algemeen werkzame factoren (bijvoorbeeld technieken die helpen de kwaliteit van de therapeutische relatie goed vorm te geven). Daarnaast vinden we in de literatuur aanwijzingen dat door gebruik van specifieke methodieken, mits goed geïmplementeerd, er een betere koppeling tot stand komt tussen de problemen waar de jeugdige en/of opvoeder mee kampt en de activiteiten die de hulpverlener en de cliënt in dat kader het beste kunnen ontplooien om problemen te verhelpen. Dat kan een behoorlijke bijdrage leveren aan de effecten van de behandeling. Ook kan het ertoe leiden dat averechtse effecten of negatieve bijwerkingen worden voorkomen. Goede hulpverlening is meer dan een prettig gesprek en het tot stand brengen van een sterke therapeutische alliantie.”

Anders bekeken is een protocol een middel om maximaal de algemeen werkzame factoren te realiseren gedurende de begeleiding.²⁵ Anders gezegd: Om te profiteren van deze factoren moet je ze systematisch gebruiken. Dat wil zeggen volgens een plan of systeem en niet ad-hoc.

Het model Lambert

Binnen het debat over het aandeel van de werkzame factoren die het effect van de gebruikte interventie bepalen, werd vaak verwezen naar het model van Lambert. Hierbij werd de boodschap bijgevoerd dat de uitkomsten van de hulp maar voor een klein deel door een specifieke interventie werd bepaald. In één adem werd gezegd dat als er moet geïnvesteerd worden in interventies dan is het vooral in de algemeen werkzame factoren en niet in de specifiek werkzame factoren.

De hele discussie draait rond het onderzoek van Lambert (1992). In 1992 voerde Lambert onderzoek uit naar de beruchte werkzame factoren. De resultaten van deze studie worden nog steeds gebruikt in artikels. Volgens Lambert zou 40% van de factoren, factoren zijn waar we geen vat op hebben (extratherapeutische factoren). Het zijn factoren die eigen zijn aan de omgeving en de cliënt. Daarna komen de algemeen werkzame factoren met een 30%. De relatie tussen de hulpverlener en de cliënt maakt een belangrijk deel uit van deze algemeen werkzame factoren. De techniek of de interventie blijkt maar voor 15% van de totale effectiviteit verantwoordelijk te zijn. De resterende 15% is toe te schrijven aan het placebo-effect. Met andere woorden, de verwachting van de cliënt dat de interventie zal werken omdat er een interventie is.

Recentere onderzoeken komen tot heel andere cijfers.²⁶ Nederlandse onderzoekers schatten recentelijk het aandeel van de techniek tussen 40% en 63%.²⁷ In het debat bleef de studie van Lambert echter domineren. Dit is vreemd omdat Lambert een overzichtsstudie maakte met een verwijzing naar een publicatie uit 1986. Dat betekent dat het een synthese was van verschillende onderzoeken die tot aan 1986 werden uitgevoerd. **Zowel naar datering als naar inhoud toe kunnen we vraagtekens plaatsen bij de waarde van het onderzoek van Lambert voor een actuele evaluatie van de werkzame factoren in**

²³ van Yperen T. en van der Steege M., Methodiek en hulpverlener tellen allebei, gepubliceerd in JeugdenCo Kennis, jeugd en Co, februari 2010.

²⁴ van Yperen T., van der Steege M., Addink A. en Boendermaker L., Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg – stand van de discussie, NJI, januari 2010.

²⁵ Vanderfaellie Johan, Implementatie van evidence-based praktijken in De Cocon vzw: stand van zaken en toekomstige ontwikkelingen, Gent, 2011 (Publicatie op de website De Cocon vzw en in jaarverslag 2011).

²⁶ Zie van Yperen T., van der Steege M., Addink A. en Boendermaker L., Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg – stand van de discussie, NJI, januari 2010.

²⁷ Stams, G.J., Het recht van de zwakste: de forensische jeugdzorg in orthopedagogisch perspectief. Verschenen in Orthopedagogiek: Onderzoek en praktijk, Vol. 50, No. 6, p.243-258, Universiteit van Amsterdam 2011.

geprotocolleerde interventies. Tekenend in dat verband is dat de publicatie uit 1986 vooral gaat over de vraag of er verschillen zijn aan te tonen tussen de grote therapie-stromingen zoals de cognitieve gedragstherapie, de systeemtheorie en de psychodynamische therapie en niet op de vraag of interventie X een groter effect heeft op een gedragsprobleem van jongeren dan de interventie Y. Alle doelgroepen zijn daarbij bij wijze van spreken op één hoop gegooid.²⁸

Het becijferde belang van de algemeen werkzame factoren moeten we binnen deze context plaatsen: een psychotherapeutische context en, meer specifiek, binnen de context van de genoemde therapeutische interventies. Bovendien is het beeld gedateerd. Per slot van rekening staan we nu een kwarteeuw verder.²⁹

²⁸ Zie van Yperen T., van der Steege M., Addink A. en Boendermaker L., Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg – stand van de discussie, NJI, januari 2010.

²⁹ Libbrecht B., Basistekst Evidence-based werken De Cocon vzw, oktober 2010. Deze tekst was een interne tekst en werd niet gepubliceerd.

3 Het E-project (°2009- ...) - kader

3.1 De jaren voor het E-project

Sinds 2007 investeerden we in de weg naar meer evidence-based werken, maar een echte motor voor het EBW-project en voor de verdieping ervan ontbrak in de beginjaren.

Wel werden enkele stappen gezet:

- Het organiseren van een studiedag 'Evidence-based werken in de jeugdzorg' op 23 november 2007 waarbij drie gastsprekers een lezing rond dit thema gaven (Prof. Dr Jo Hermmans, hoogleraar opvoedkunde aan de universiteit van Amsterdam, Prof, Hans Grietens, hoofddocent aan het Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek van de KUL en Bert Van Puyenbroeck, onderzoeker verbonden aan de VUB en verantwoordelijk voor CAH Vlaanderen);
- De keuze om doelgericht te werken binnen al onze hulpverleningsvormen. Deze ging gepaard met de invoering van SMART-doelstellingen;
- Enkele pogingen om het methodisch kader van de hulpverleningsvormen te beschrijven, zonder hiervoor een model te gebruiken;
- De keuze om binnen Thuisbegeleiding te werken volgens het model 'Intensieve pedagogische thuishulp' en het opleiden van onze medewerkers binnen dit model.
- Het zoeken naar en bundelen van tal van technieken in een techniekenmap bruikbaar voor de hulpverlening.

3.2 Het E-project

3.2.1 Algemene doelstelling en uitgangspunt van het E-project

De algemene doelstelling was onze hulpverlening te verbeteren via evidence-based werken.

Het uitgangspunt van het E-project is zulke invulling te geven aan evidence-based werken dat ze een continue meerwaarde oplevert voor de hulpverlening aan onze doelgroep, namelijk kinderen, jongeren en gezinnen die zich in een problematische leef- en/of opvoedingssituatie bevinden. Goede resultaten halen door het hulpaanbod te verschuiven naar 'gemakkelijkere' doelgroepen met lichtere problematieken kan niet. Evidence-based werken zien we niet als een wondermiddel, maar als een essentieel middel om onze hulpverlening voor deze doelgroep te verbeteren (beslissingsprocessen beter te onderbouwen) en om expertise beter vast te houden en te benutten. Tezeldertijd willen we een beter zicht krijgen op de effectiviteit van onze hulpverlening. We kiezen er expliciet voor om 'op bewijsvoering gesteund' te werken om de beste hulpverlening te bieden aan de cliënt.

Hierbij sloten we ons aan bij de ruime benadering en definitie van evidence-based practice waarbij verschillende vormen van onderzoek mogelijk zijn om uitspraken te doen over effectiviteit. Deze betekent de integratie van de beschikbare onderzoeks-evidentie met de professionele expertise van praktijkwerkers en de voorkeuren en verwachtingen van cliënten.

3.2.2 Aanstellen van een projectverantwoordelijke en het investeren van tijd en middelen

De ervaringen uit het verleden, toen teamoverschrijdende projecten werden uitgewerkt door werkgroepen en staffuncties, leerden dat ideeën en projecten al te vaak een stille dood stierven omwille van het ontbreken van een stuwende motor.

Daarom besloot de raad van bestuur in 2009 om een projectverantwoordelijke (met als functie adjunct-directeur) in 'De Cocon' ter ondersteuning van de directeur te creëren. Op 1 september 2009 startte Bart Libbrecht als projectverantwoordelijke met deze bijzondere opdracht het E-project te faciliteren en te ondersteunen.

3.2.3 De start van het E-project – voorbereidende fase

De komst van de projectverantwoordelijke op 1 september 2009 creëerde hooggespannen verwachtingen, maar ook prangende vragen. Daarom werd van start gegaan met een consultatieronde van de verschillende teams. De projectverantwoordelijke bezocht alle teams om zijn taken en verantwoordelijkheden toe te lichten. Het was een gelegenheid voor de medewerkers om vragen te

stellen bij het mogelijke verloop van de implementatie van het EBW-project. Uiteindelijk was het gehele project op dat moment enkel een ambitie zonder dat helder was wat het project concreet zou inhouden.

3.2.3.1 Op zoek naar een bruikbaar referentiekader – (de effectladder)

Na de eerste consultatieronde moest een eerste belangrijke horde genomen worden: de keuze van een minimaal referentiekader (model), een methode die we zouden kunnen toepassen om het EBW-project te implementeren (hoe) en een begrijpelijk jargon dat het mogelijk maakt om de communicatie rond het project op gang te trekken.

Het model vonden we in het boek 'Zicht op effectiviteit, handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg'.³⁰ Geschreven door Tom van Yperen (NIZW Jeugd) en Jan Willem Veerman (Praktikon).

Van Yperen en Veerman hebben een kader opgesteld, een zogenoemde effectladder, waarin de beschreven of bewezen effectiviteit van interventies is ingedeeld in een aantal niveaus. Zij gaan daarbij uit van verschillende niveaus van effectiviteit die onderscheiden kunnen worden en hebben handreikingen geformuleerd om van het ene naar het andere niveau te komen. In onderstaande tabel zijn deze verschillende niveaus beschreven.³¹

NIVEAU	ONDERZOEKSVORM
0. De interventie is impliciet (black box)	Geen bewijs aanwezig
1. De interventie heeft potentie en is goed beschreven. ³² (Beschrijf: doel, doelgroep, activiteiten enz.)	Beschrijvend onderzoek
2. De interventie is in theorie effectief. ³³ (Beschrijf: waarom zou het werken?)	Literatuurstudies Meta-analyses Studies naar impliciete kennis
3. De interventie is doeltreffend. (Toon aan: er zijn resultaten)	Onderzoek probleemafname Doelrealisatie-onderzoek Cliënttevredenheidsonderzoek waarbij de tevredenheid van de cliënt over het resultaat van de interventies bevestigd door middel van een tevredenheidsmeting die peilt naar de ervaring van de effectiviteit.
4. De interventie is werkzaam. (Toon aan: de interventie is verantwoordelijk voor de resultaten)	Experimenteel onderzoek Quasi-experimenteel onderzoek Case-studies (N=1-onderzoek) Veranderingstheoretisch onderzoek Normgerelateerd onderzoek ('Benchmarkstudies')

³⁰ van Yperen T. en Veerman J.W., Zicht op effectiviteit, handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg, Eburon, Delft, 2008.

³¹ Deze tabel werd samengesteld op basis van de effectladder zoals terug te vinden op de website van het NJI (<http://www.nji.nl/De-effectladder>) gecombineerd met de presentatie van Tom Van Yperen op het Congres georganiseerd door 'De Cocon' EBP: levert het ons iets op? (27 oktober 2011).

³² Er worden duidelijke profielen opgesteld van de cliënten die kunnen worden geholpen met de interventies. Het hulpverleningskader (de betrokken partijen en hun taken binnen het hulpverleningsproces) wordt duidelijk beschreven. Naast deze vormelijke beschrijving van de hulpverlening, beschrijft men inhoudelijk de domeinen waarin de interventies effectief zijn, welke doelen realiseerbaar zijn met deze interventies en de methoden en technieken die men gebruikt om deze doelen te realiseren.

³³ Het formuleren van een goede interventietheorie ('program theory') maakt een interventie in theorie effectief. Op niveau 2 van de effectladder gaat het om een aannemelijk verhaal dat de interventie kan werken. Als daarbij gerefereerd wordt aan algemeen aanvaarde en met onderzoek ondersteunde theorieën, komt de interventie nog sterker te staan. Bron: (<http://www.nji.nl/De-effectladder>)

In dit model zijn er diverse graden van effectiviteit te onderscheiden met steeds overtuigendere bewijskracht. Minder sterke vormen van onderzoek zouden dan ook een bijdrage kunnen leveren om uitspraken te doen over effectiviteit van interventies.³⁴

Het belang van het maken van het onderscheid naar bewijskracht is het beseft dat effectiviteit geen alles-of-niets begrip is. Vanuit streng wetenschappelijk perspectief is enkel het 4^{de} niveau bewezen effectief. De andere niveaus maken het mogelijk om toch uitspraken te doen over effectiviteit van een interventie.³⁵

Let op! Het gaat hier over bewijskracht. Dit betekent niet dat - niet beschreven interventies - niet effectief zouden kunnen zijn. Wel dat we gewoon niet weten of ze al dan niet effectief zijn.

3.2.3.2 De effectladder en kwaliteitszorg

“Waar men ook op de effectladder is, men is bezig de kwaliteit van de praktijk te verbeteren met behulp van uiteenlopende typen van wetenschappelijk onderzoek. Door het werk op te schrijven, te onderbouwen, op te meten, te vergelijken met ander werk komt men vanzelf in een kwaliteitscyclus die helpt werk te verbeteren en te verantwoorden. Hiermee wordt aangesloten bij kwaliteitszorg.” De PDCA-cyclus vertoont grote overeenkomst met de wetenschappelijke cyclus. *“Beide streven hetzelfde na: het verder ontwikkelen van de praktijk.”*³⁶

De PDCA-cirkel is ontwikkeld door William Edwards Deming en wordt vaak de kwaliteitscirkel van Deming genoemd.

De cirkel beschrijft vier activiteiten die op alle verbeteringen in organisaties van toepassing zijn. Het cyclische karakter garandeert dat de kwaliteitsverbetering continu onder de aandacht is.

De vier activiteiten zijn:

PLAN: Kijk naar de huidige werkzaamheden en ontwerp een plan voor de verbetering van deze werkzaamheden. Stel voor deze verbeteringen doelstellingen vast.

DO: Voer de geplande processen uit. Het plan zal bijna nooit blindelings gevolgd kunnen worden; de realiteit is immers altijd weerbarstiger dan de letters op papier. Het is dan ook zaak het proces goed te volgen (monitoring) en zo nodig de plannen aan te passen.

CHECK: In de Check-fase gaat men na of de in het plan gestelde doelen gerealiseerd zijn. Men doet dit door evaluaties uit te voeren.

ACT: De uitkomsten van de evaluaties vormen het vertrekpunt voor de Act-fase: men bepaalt of het uitgevoerde aanleiding geeft tot borging of verbetering. In het laatste geval wordt een verbetertraject opgesteld, waarmee een nieuwe cirkel gestart wordt.

3.3 De keuze voor een definitie voor evidence-based werken

Evidence-based werken definieerden we vrij snel in het E-project als ***“het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik maken van het huidige, beste en beschikbare bewijsmateriaal door een hulpverlener om beslissingen over de hulp te nemen.”***³⁷

Bewijs in deze context vullen we breed in. We gebruiken diverse bewijsbronnen: cliënt, hulpverlener, verwijzer, team, organisatie en wetenschap doen elk, vanuit hun perspectief en expertise, een uitspraak over de werkzaamheid.

³⁴ Vanderfaellie Johan, Implementatie van evidence-based praktijken in De Cocon vzw: stand van zaken en toekomstige ontwikkelingen, Gent, 2011 (Publicatie op de website De Cocon vzw en in jaarverslag 2011).

³⁵ van Yperen T. en Veerman J.W., Zicht op effectiviteit, handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg, Eburon, Delft, 2008.

³⁶ van Yperen T. en Veerman J.W., Zicht op effectiviteit, handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg, Eburon, Delft, 2008.

³⁷ Deze definitie ontleenden we bij Sackett D.L.

3.4 Concrete doelstellingen van het E-project

De algemene doelstelling was onze hulpverlening te verbeteren via Evidence-based werken.

Rekening houdend met het referentiekader (de effectladder) werden volgende subdoelen geformuleerd:

1. Onze zes hulpverleningsvormen³⁸ (Crisisinterventie, Terugkeer Naar Thuis?, Crisishulp aan Huis, Intensieve kortdurende thuisbegeleiding, Thuisbegeleiding en Begeleid zelfstandig wonen) zijn beschreven op een wetenschappelijk aanvaarde manier. Deze beschrijving bevat het protocol en de theoretische onderbouw van het protocol (tegen eind 2011).
2. Een tweede doelstelling was om voor elke hulpverleningsvorm niveau 3 op de effectladder te halen. Op weg naar niveau 3 was de ambitie om het effect van de verschillende methodieken te meten via eenvoudig praktijkonderzoek en daaruit te leren zonder precies te weten hoe dat te realiseren. Om dit te realiseren worden resultaatsindicatoren uitgewerkt op maat van hulpverleningsvorm en geïmplementeerd. Het E-project had tot doel om dit instrumentarium uit te werken en te implementeren tegen eind 2012.
3. Er wordt een methode geïmplementeerd om de methodieken in de toekomst verder te ontwikkelen. Hiervoor werd gekozen om gebruik te maken van de bouwstenenmethode ontwikkeld door het Nederlandse Adviesbureau Van Montfoort (tegen eind 2012).

3.5 Verdere stappen in de voorbereiding

Eens het referentiekader duidelijk was werd het, samen met de coördinatoren, geprojecteerd op de verschillende hulpverleningsvormen. Uit de analyse bleek dat Crisishulp aan Huis verregaand de beste resultaten kon voorleggen. Dat was logisch omdat CAH volgens de methodiek van Families First werkte, die duidelijk beschreven en theoretisch onderbouwd was en kon terugvallen op een sterke onderzoekstraditie. Tevens was er een duidelijke handleiding beschikbaar.

Met al het voorgaande in het achterhoofd organiseerden we voor al onze medewerkers de E-startdag. Deze vond plaats op 20 november 2009. Het programma van deze E-startdag was ambitieus. Enerzijds was het doel al onze medewerkers vertrouwd te maken met het gekozen referentiekader. Anderzijds was het de bedoeling de verschillende hulpverleningsvormen een inbreng te laten hebben in het verloop van het implementatietraject aan de hand van de bezorgdheden en de aandachtspunten die zouden worden meegegeven.

Dit leverde volgend resultaat op:

- Iedere hulpverleningsvorm zal, omwille van zijn eigenheid, onafhankelijk stappen zetten met het oog op het behalen van de doelstellingen zoals geformuleerd. De doelstelling was om het E-project af te ronden tegen eind 2012. (Lees: het ontwikkelen en implementeren van het instrumentarium)
- Er werd tevens besloten om van start te gaan met een adviesgroep diagnostiek. De adviesgroep zou zich bezighouden met het bewaken van de gebruiks- en klantvriendelijkheid van het proces, alsook de haalbaarheid van het proces. De eerste taak zal erin bestaan om op zoek te gaan naar diagnostische vragenlijsten die voldoen aan de verwachtingen van de verschillende hulpverleningsvormen. Dat proces kon een jaar in beslag nemen, maar het resultaat zou operationeel moeten zijn op het moment dat de derde trede van de effectiviteitsladder wordt geïmplementeerd.

3.6 Het belang van sterk partnerschap met een wetenschappelijke partner

We beseften zeer goed dat we op verschillende domeinen niet over de noodzakelijke knowhow beschikten om onze doelstellingen te behalen. Tevens vonden we het belangrijk dat een extern

³⁸ Situatie 2009. De hulpverleningsvorm BZW en de uitgangspunten hiervan werd in 2014 stopgezet en vervangen door een nieuwe hulpverleningsvorm 'Contextbegeleiding in functie van autonoom wonen' met andere uitgangspunten.

wetenschappelijk deskundige de (wetenschappelijke) **kwaliteitscontrole** zou uitvoeren van het E-project en de opgeleverde producten of diensten, onafhankelijk van de projectverantwoordelijke en ons tevens kon helpen in onze zoektocht.

We gingen op zoek naar een wetenschappelijk deskundige met een visie die aansloot bij onze eigen visie en keuze. Deze vonden we in de persoon van Prof. Johan Vanderfaeillie (Vrije Universiteit Brussel).

In een onderhoud tussen 'De Cocon' en professor Johan Vanderfaeillie begin januari 2010 werd de basis voor een duurzame samenwerking gelegd.

4 Methodiekbeschrijving

4.1 Doelstelling

De zes hulpverleningsvormen zijn beschreven in een methodiekbeschrijving met het protocol en de theoretische onderbouw van het protocol.

Met dit doel werden twee doelstellingen beoogt:

- De ontwikkeling van een transparante en overdraagbare handleiding voor hulpverleners voor de uitvoering van de hulpverlening.
- De beschrijving van de hulp en de theoretische onderbouw ervan die met een methodiek wordt aangeboden is de belangrijkste randvoorwaarde om eenvoudig veranderingsonderzoek mogelijk te maken.

4.2 De meerwaarde van de methodiekbeschrijving - theorie

4.2.1 Inhoud en opbouw van de methodiek

Een goede beschrijving van de inhoud en de opbouw van de methodiek is van groot belang. Bij de inhoud gaat het om de vraag: Wat doet de hulpverlener en wanneer? Meer concreet: Welke technieken/hulpmiddelen zet hij in? Welke vragen worden er gesteld? Welke onderwerpen komen in de gesprekken met cliënten aan de orde? Hoe ziet dat er concreet uit? Bij de opbouw gaat het om aspecten als: begin, einde, fasering, volgorde, frequentie, intensiteit, timing, duur, et cetera.³⁹

Tevens wordt beschreven (niveau 2 van de effectladder) op welke theorieën de methodiek zich beroept (en waarvan deze gebruik maakt). Op niveau 2 van de effectladder gaat het om een aannemelijk verhaal dat de interventie kan werken. Als daarbij gerefereerd wordt aan algemeen aanvaarde en met onderzoek ondersteunde theorieën komt de interventie nog sterker te staan.⁴⁰

4.2.2 De meerwaarde van de methodiek

Een methodiek uitschrijven levert vaak één of meer van de volgende items op⁴¹:

- “meer eenheid in de uitvoering ten aanzien van de cliënt; het geeft professionals houvast en daardoor voeren ze de interventie ongeveer op dezelfde manier uit;
- overdraagbaarheid (naar bijvoorbeeld nieuwe medewerkers of tijdelijke vervangers bij bv. ziekte) en handvatten voor de borging van de interventie;
- een duidelijk verhaal: hulpverleners kunnen precies aangeven welke problemen ze op welke manier aanpakken, waardoor cliënten beter weten wat hen te wachten staat en waardoor overspannen verwachtingen worden vermeden. In de onderzoeksliteratuur wordt dat *allegiance* genoemd, een belangrijke werkzame factor van hulp;
- aanscherping van de uitgangspunten en theoretische achtergronden van de interventie, van de problematiek van de doelgroep, een heldere opbouw en fasering van de interventie en aanscherping van de in te zetten middelen en activiteiten;
- hiaten in de methodiek komen tijdens het beschrijven aan het licht: wat is er nog meer nodig?;
- kansen om de methodiek te verbeteren, om de methodiek op te frissen bij iedereen en om in de uitvoering de puntjes op de i te zetten.”

Een methodiekhandleiding van een interventie is bedoeld voor de medewerkers die de interventie uitvoeren. Zij moeten de methodiek begrijpen en kunnen uitvoeren.

³⁹ Uit: Foolen Nienke, van der Steege Mariska, de Lange Marjan, Beschrijven van methodisch handelen, NJI, februari 2011

⁴⁰ <http://www.nji.nl/De-effectladder>

⁴¹ Uit: Foolen Nienke, van der Steege Mariska, de Lange Marjan, Beschrijven van methodisch handelen, NJI, februari 2011

4.3 Het afgelegde proces in functie van de methodiekbeschrijving

Dit is een proces dat in 2010 startte en doorliep tot in 2011 en 2012. Sinds 2011 is er een goede handleiding ter beschikking hoe methodisch handelen te beschrijven, nl. 'Beschrijven van methodisch handelen uitgegeven door het Nederlands Jeugdinstituut'.⁴² Dit betekende dat we heel wat aspecten zelf hebben moeten uitzoeken.

De verschillende hulpverleningsvormen gingen op hun eigen manier en tempo van start met het beschrijven van de hulpverleningsvormen. De enige hulpverleningsvorm die hiermee niet van start ging was Crisishulp aan Huis. Crisishulp aan Huis gebruikte al een methodiek die duidelijk beschreven en theoretisch onderbouwd is, namelijk de Families-First-methode.

In het begin werden de eerste ontwerpprotocollen volgens het stramien dat gebruikt werd in het boek 'Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten' van Caroline Baert.⁴³ Al snel stapten we over naar de structuur die gebruikt wordt bij het Nederlands Jeugdinstituut, omdat we deze makkelijker vonden. Inhoudelijk bevatten ze hetzelfde, maar de structuur is anders.

In 'De Cocon' werden de methodiekbeschrijvingen volgens de volgende indeling beschreven.

1. Toelichting bij de naam van de interventie
2. Doel van de interventie
3. Doelgroep van de interventie
 - 3.1. Voor wie is de interventie bedoeld?
 - 3.2. Prevalentie en spreiding
 - 3.3. Indicatie- en contra-indicatiecriteria
 - 3.4. Toepassing bij etnische groepen
4. Omschrijving van de interventie
 - 4.1. Methodiek
 - 4.1.1. Protocol/handleiding
 - 4.1.2. Locatie van uitvoering
 - 4.2. Onderbouwing: probleem- of risicoanalyse
 - 4.2.1. Kenmerken risico of probleem
 - 4.2.2. Met risico of probleem samenhangende factoren
 - 4.3. Onderbouwing: verantwoording doelen en aanpak
 - 4.3.1. Samenvatting van de werkzame ingrediënten
 - 4.4. Eisen begeleiding, uitvoering en kwaliteitsbewaking
 - 4.4.1. Eisen ten aanzien van uitvoering en begeleiding
 - 4.4.2. Eisen ten aanzien van kwaliteitsbewaking
5. Overige voorwaarden voor toepassing
 - 5.1. Indicatiestelling
6. Samenvatting onderzoek en beoordeling effectiviteit
 - 6.1. Directe aanwijzingen voor de effectiviteit
 - 6.2. Indirecte aanwijzingen effectiviteit
7. Toepassingen
8. Overeenkomsten met andere interventies
9. Overige informatie

Deze methodiekbeschrijvingen werden voorgelegd aan onze wetenschappelijke partner Johan Vanderfaellie (Vrije Universiteit Brussel). Hij verifieerde de degelijkheid van de uitgewerkte methodiekbeschrijvingen (cliëntenprofielen, begeleidingsdomeinen, doelstellingen, methoden, interventies en technieken) van de vijf hulpverleningsvormen. Daarnaast bekeek hij de theoretische onderbouw van de interventies: van welke theoretische kaders wordt gebruik gemaakt, alsook verwijzing in functie van effectiviteitstoets naar binnenlands en buitenlands onderzoek.

⁴² Foolen Nienke, van der Steege Mariska, de Lange Marjan, Beschrijven van methodisch handelen, NJI, februari 2011

⁴³ Baert C., Protocolaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten, Boom, Amsterdam, 2008

Op basis van zijn feedback gingen de teams opnieuw aan de slag om de methodiekbeschrijvingen bij te sturen. Ook de bijgestuurde methodiekbeschrijvingen werden voorgelegd aan Johan Vanderfaeillie.

4.4 De weg van de verschillende hulpverleningsvormen

4.4.1 Het spoedteam: Crisisinterventie en Terugkeer Naar Thuis?

Aangezien noch crisisinterventie, noch Terugkeer Naar Thuis beschikte over een uitgewerkte methodiekbeschrijving, moest het spoedteam van nul beginnen om de gehanteerde methodieken en technieken te beschrijven. Hiervoor werden diverse teamwerkvergaderingen georganiseerd. Deze werden begeleid door de projectverantwoordelijke. Deze keuze werd gemaakt door het team, die het goed vonden dat een 'buitenstaander' het debat leidde en kritische vragen stelde.

Vraagverheldering in het gezin was het belangrijkste doel van de **Crisisinterventie**. Daarvoor baseerden ze zich op de eerste fase van het handboek 'Families First', waar verzamelen van informatie centraal staat. Daarnaast baseerden ze zich vooral op de aanwezige krachten in het gezin (competentieanalyse) om van daaruit te bekijken of en welke hulp het gezin nodig heeft en of het voldoende veilig is dat de jongere thuis blijft.

Bij een **Terugkeer Naar Thuis?** (TNT) was het belangrijkste doel te bekijken welke randvoorwaarden nodig zijn om een terugkeer naar huis mogelijk te maken. Ook hierbij was het noodzakelijk om zoveel mogelijk informatie van alle betrokken partijen te verzamelen en tevens een inschatting te maken van de aanwezige krachten en veiligheid in het gezin. Ook hiervoor ging het spoedteam aan de slag met de eerste fase van het handboek 'Families First'.

4.4.1.1 De eerste methodiekbeschrijvingen

De eerste methodiekbeschrijvingen werden afgewerkt en in oktober 2010 voorgelegd aan professor Johan Vanderfaeillie, onze wetenschappelijke partner.

Zijn opmerkingen waren fundamenteel en noopten ons tot reflectie.

Fundamenteel stelde hij vast dat de protocollen van beide hulpverleningsvormen een mengvorm waren van enerzijds diagnostiek (vraagverheldering en aftoetsen haalbaarheid re-integratie in het gezin bij TNT) en anderzijds een reeks begeleidingstechnieken. Zijn vraag was of deze twee aspecten niet uit elkaar getrokken moeten worden? Per slot van rekening hebben zowel TNT-begeleidingen als crisisinterventies een 'verhelderende' (diagnostische) taak. Als men inzet op een degelijke verhelderende en diagnostische inslag van beide interventies, kan de meerwaarde van beide hulpverleningsvormen misschien enkel maar opgekrikt worden.

We keerden terug met een heel aantal bedenkingen, opmerkingen en vragen:

- Wat is een crisis? Wat zijn de kenmerken van een crisis? Bestaan er verschillende soorten crisissen? Hoe wordt deze crisis geïndiceerd? Welke instrumenten worden er gebruikt om de crisis te indiceren? Zijn er verschillende perspectieven in een crisis (jongere, ouders, verwijzer, derden, ...)? Hoe ga je het handelen afstemmen op de geïndiceerde crisis (bepalen van de aanpak)? Momenteel wordt 'crisis' te vaag beschreven.
- TNT lijkt te hangen tussen diagnostiek en een interventie in de betekenis van een begeleiding. Of is men al bezig met het creëren van randvoorwaarden om vervolghulp te laten aansluiten? Maar dan dekt het doel van de interventie de lading niet meer. Dan moet het doel van de interventie worden uitgebreid met 'het creëren van de randvoorwaarden'. Dan is weer de vraag: welke randvoorwaarden en op welke manier ziet men geïndiceerd dat deze randvoorwaarden werden gerealiseerd?
- Het doel van beide interventies heeft alle kenmerken in zich om zuiver diagnostische interventies te worden die een advies formuleren op basis van een gedegen diagnostiek.

Technisch werden volgende opmerkingen gemaakt:

- Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen doelen en middelen (bijvoorbeeld afspraken maken met de jongere is een middel en geen doel). Dat onderscheid moet zuiver worden gemaakt.
- Veel technieken in TNT en Crisisinterventie worden gedurende twee fasen herhaald (vraagverhelderingsfase en werkfase). Met andere woorden, wat is nog de meerwaarde van

een techniek in functie van het doel van een fase? In de praktijk wordt er schijnbaar methodologisch weinig onderscheid gemaakt tussen beide fasen. De fasen moeten methodologisch beter van mekaar gescheiden worden.

- De technieken moeten goed gekoppeld worden aan de doelen van een fase. Bovendien moet er een onderscheid worden gemaakt tussen de technieken per fase. Een techniek moet het mogelijk maken om het doel van een bepaalde fase te realiseren.
- Op basis van welke criteria bepaalt men of dat de doelstelling van een fase werd bereikt?
- Meerszijdige partijdigheid, vasthoudendheid, echtheid, transparantie en een respectvolle houding zijn geen werkzame factoren. Het zijn aspecten van een basishouding.
- Waarom wordt er 'eventueel' een risicotaxatie-instrument gebruikt? Kan men zich dat permitteren binnen de krijtlijnen van het doel van de interventie? En als men het 'eventueel' gebruikt; op basis van welke criteria gaat men het niet of wel gebruiken?
- Als er sprake is van een re-integratie; op basis van welke criteria wordt bepaald of een re-integratie aan de orde is (indicaties)? Welke instrumenten worden er gebruikt om de haalbaarheid van deze re-integratie af te toetsen?

4.4.1.2 Bijsturing van de methodiekbeschrijving

De feedback van Johan Vanderfaeillie werd ter harte genomen. Crisisinterventie en Terugkeer Naar Thuis? werden duidelijk 'diagnostische' hulpverleningsvormen waarbij kalmtte brengen tijdens de crisis, inschatten van de veiligheid van de gezinsleden, het in kaart brengen en verheldering van de krachten en hulpvragen van de jongere en het gezin en gepaste doorverwijzing/toeleiding indien nodig naar geschikte vervolghulp centraal staan.

Rekening houdend met eerdere ervaring met betrekking tot de methodiekbeschrijving, werd besloten om de bijsturing te spreiden over twee jaar. In 2011 werd crisisinterventie aangepast. In 2012 werd de methodiekbeschrijving van Terugkeer Naar Thuis? aangepast. De projectverantwoordelijke begeleidde beide processen.

Het centrale doel van een hulpverleningsvorm werd scherp geformuleerd om het resultaat van een hulpverleningsvorm toetsbaar te maken. Dat werd door het team als één van de moeilijkste onderdelen ervaren.

Aansluitend werd ook de doelgroep scherper beschreven.

De fasering van de hulpverleningsvorm werd verscherpt door de volgende logica te respecteren.

- Wat is het doel van een specifieke fase in de hulpverlening?
- Welke documenten worden in die specifieke fase gebruikt?
- Welke technieken en hulpmiddelen worden ingezet om het doel van die fase te bereiken?

Ook de bijsturingen werden voorgelegd aan Johan Vanderfaeillie (VUB), waarna nog enkele minimale aanpassingen volgden.

4.4.1.3 Evaluatie van het team met betrekking tot het afgelegde proces

Onze medewerkers gaven aan dat de methodiekbeschrijving op heel wat momenten confronterend was omdat fundamenteel nagedacht moest worden over de bereikte resultaten, de doelen van de begeleiding en de impact en effectiviteit van de gehanteerde hulpverleningsvormen. Het team gaf aan dat het de kans bood om onderling de verschillende werkwijzen te expliciteren en hierover in discussie te gaan om nadien samen een keuze te maken.

Alle betrokken medewerkers waren overtuigd van het nut van het project en de noodzaak om stil te staan bij de effectiviteit van het werk. Toch was het een serieuze opdracht om naast de vele crisisbegeleidingen ook ten gronde stil te staan bij het uitwerken en uitschrijven van ons begeleidingswerk. Medewerkers gaven aan dat het vaak aan de nodige tijd en rust ontbrak om een goede focus te garanderen.

Het spoedteam gaf aan zeer tevreden te zijn met het eindresultaat, omdat dit logische en consistent gefaseerde methodes heeft opgeleverd die ondersteund worden met de gepaste technieken en hulpmiddelen.

4.4.2 Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding

Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding, dat op 1 oktober 2009 van start ging, had een pedagogisch profiel (in het kader van een uitbreidingsaanvraag) dat uitgewerkt was op basis van het model van Intensieve Pedagogische Thuishulp (IPT-model) dat gebaseerd is op zeven interventies die in verschillende gradaties hun effectiviteit hebben aangetoond. Dit pedagogisch profiel bezat al enkele kenmerken van een methodiekbeschrijving.

In het kader van de methodiekbeschrijving besloten de staf en de coördinator om verschillende IPT-hulpverleningsvormen door te lichten op gelijkenissen met pedagogisch profiel van Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding, zoals ze het in eerste instantie was uitgeschreven.

Midden 2010 kozen ze ervoor om een bestaande beschreven methodiek, 'De Versterking', naar voor te schuiven als methodiek voor Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding, omdat deze sterk aansloot bij de manier van werken binnen de dienst. Uiteindelijk werd de keuze voor 'De Versterking' voorgelegd aan het team. Iedereen bleek zich te vinden in de methodiek.

Deze keuze vereenvoudigde de afstemming in een beginnend team. 'De Versterking' werd als houvast en rode draad de gemeenschappelijke taal van de hulpverleningsvormen.

Vanaf augustus 2011 participeerde Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding, samen met alle andere diensten met een kortdurende thuisbegeleiding in Vlaanderen, aan het twee jaar durende onderzoek 'Vlaamse beschrijvend en praktijkgericht effectonderzoek inzake de kortdurende thuisbegeleiding binnen de Bijzondere Jeugdbijstand'. Dat onderzoek werd uitgevoerd door Prof Johan Vanderfaellie (VUB). Een belangrijke stap in het onderzoek was dat alle diensten hun methodiek dienden te beschrijven. IKT maakte van de gelegenheid gebruik om verfijningen aan te brengen in de methodiek.

De methodiek zelf werd door Johan Vanderfaellie als een logische en consistent gefaseerde methode beoordeeld, een methode die ondersteund wordt met de gepaste technieken en hulpmiddelen en een degelijke theoretische onderbouw bezat.

Evaluatie

De keuze om bij de start van Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding met een beginnend team te kiezen voor een reeds bestaande methodiek, had veel voordelen met het oog op de opstart van de nieuwe dienst: afstemming, gemeenschappelijke taal en het inwerken en opleiden van medewerkers.

4.4.3 Thuisbegeleiding

4.4.3.1 *De gevolgde weg naar een eerste ontwerp methodiekbeschrijving*

Het Thuisbegeleidingsteam had in 2008 onder procesbegeleiding van Vraagkracht Nederland een methodisch kader 'Thuisbegeleiding' ontwikkeld, zonder daarbij een duidelijk model te gebruiken. De beschrijving van de theoretische onderbouw in het methodisch kader ontbrak volledig.

In het voorjaar van 2010 werden drie voormiddagen vrijgemaakt om met het team stil te staan bij het methodisch kader 'Thuisbegeleiding'. Als achtergrondliteratuur werd gebruik gemaakt van het boek Gezin Centraal van Arjan Bolt⁴⁴, materiaal uit een cursus doelgericht werken en een tekst⁴⁵ van Greet Spingaer over het verschil tussen gezinstherapie en gezinsbegeleiding.

De volgende vragen werden gesteld:

- Klopt de in het methodisch kader opgemaakte fasering met de werkelijkheid?
- Doen we werkelijk wat we zeggen dat we doen?
- Zijn er knelpunten in de praktijk?
- Wat verwachten we in elke fase?
- Welke doelstellingen zijn er per fase?
- Wat willen we bereiken, waarom en hoe willen we dat bereiken?
- Wat hebben we nodig om te kunnen slagen?

⁴⁴ Bolt A., Het Gezin Centraal, handboek voor ambulante hulpverleners, Uitgeverij SWP, Amsterdam, 2006

⁴⁵ Spingaer G. Gezinsbegeleiding: Het kleine broertje van de gezinstherapie of toch niet?, X,X,X.

- Hoe kunnen we de visie van doelgericht werken implementeren in onze basismethodiek?
- Wat spreekt ons aan uit bovenstaande literatuur?
- Wat spreekt ons minder aan?

Op basis van de discussie aan de hand van deze vragen werd een eerste ontwerp-methodiek uitgeschreven. In het najaar van 2010 werd voor het team een volgende denkvoormiddag georganiseerd om stil te staan rond drie vragen:

1. Wat is de doelgroep van thuisbegeleiding?
2. Welke doelstellingen heeft thuisbegeleiding?
3. Wat zijn indicaties en contra-indicaties voor thuisbegeleiding?

In twee groepjes werden uitspraken en stellingen besproken. Nadien werden de resultaten van beide groepjes uitgewisseld. Deze voormiddag bevestigde dat het team op dezelfde golflengte zat over de visie en de manier van werken.

Op basis van deze denkvoormiddag en het bekijken van de beschreven Nederlandse thuisbegeleidingsmethodieken schreven de staf en de coördinator de methodiek van thuisbegeleiding uit. Dit ontwerp werd door het team gelezen, besproken en goedgekeurd.

4.4.3.2 De externe toetsing van het eerste ontwerp methodiekbeschrijving

De methodiek werd begin januari 2011 voorgelegd aan Johan Vanderfaeillie. Zijn opmerkingen waren pertinent en noopten ons tot reflectie. Enkele van zijn opmerkingen raakten kernproblemen aan van de manier waarop de jeugdhulp in Vlaanderen was georganiseerd.

We keerden terug met een heel aantal bedenkingen, opmerkingen en vragen:

- De **afbakening van de doelgroep** is zodanig breed dat er nauwelijks begrenzing op de instroom staat. Een belangrijk aspect van effectieve hulpverlening is het scherp afbakenen van de doelgroep: Wat zijn de kenmerken van de doelgroep? Het is aan te raden om een boven- en ondergrens vast te leggen. Bovendien is de problematiek zoals beschreven in de indicaties en contra-indicaties heel zwaar. Op de contra-indicaties zit veel rek waardoor er geen argumenten zijn om de instroom (in onderhandeling met de verwijzende instantie) af te remmen. Thuisbegeleiding dreigt onder andere daardoor een stap in een cascadeproces te worden, waardoor cliënten op basis van 'de vroegere mislukte hulpverlening' worden doorverwezen. Het is belangrijk dat men op basis van positieve indicaties (link tussen diagnose en indicatiestelling) de cliënt aanvaardt. Met andere woorden, de cliënt heeft een specifieke hulpvraag en de methodiek is het antwoord op die hulpvraag. Proberen is geen optie. Bovendien dreigt de cliënt niet geholpen te worden en is deze weer een mislukking rijker. Tevens is de hulpverlening duur.

Als de doelgroep breed is, dan moet er over de volgende vragen worden nagedacht:

1. Hoe en op basis van welke criteria de doelgroep versmallen (scherper aflijnen van de doelgroep) of het aanbod differentiëren? De doelgroepomschrijving (voor wie is de doelgroep bedoeld) bevat voldoende aanknopingspunten om de doelgroep scherper af te lijnen.
2. Hoe de verwijzende instantie meekrijgen in het afbakenen van de doelgroep?
3. Hoe de diagnose- en indicatiestelling adequaat stellen (door verwijzende instantie of gedurende de introductiefase).

TIP: de cliënt moet zo snel mogelijk terechtkomen bij de meest gepaste hulpverlening (subsidiariteit). Subsidiariteit betekent niet dat men per definitie naar de minst ingrijpende hulpverleningsvorm grijpt. Het betekent dat, als men twee hulpverleningsvormen als even gepast indiceert, men kiest voor de minst ingrijpende.

- Wat is het belang van de contextuele theorie en de systeemtheorie als **theoretische kaders** binnen een methodiekbeschrijving? Volgens Johan Vanderfaeillie hebben beide kaders een verklarende kracht. Ze vullen de leertheorieën aan omdat de leertheorieën cliënten rechtlijnig en instrumenteel benaderen. Contextuele theorie en systeemtheorie laten de hulpverlener oog

hebben voor de omgeving/context van de cliënt en de manier waarop hij de cliënt beïnvloedt. Met andere woorden, contextuele theorie en systeemtheorie hebben een verklaringskracht. Daartegenover staat dat de kracht van contextuele theorie en systeemtheorie op het niveau van de behandeling minder is aangetoond (weinig publicaties). De gedragstherapie en de cognitieve gedragstherapie (leertheorieën) zijn de meest aangetoonde werkzame stromingen.

- **Nazorg** vergroot het effect. Als men na de afsluiting van de hulpverlening het gezin bijvoorbeeld zes maanden bijstaat, wordt het positieve effect van de hulpverlening langer volgehouden. Nazorg organiseren kan een aandachtspunt zijn. Kan er nazorg worden georganiseerd door langdurige thuisbegeleiding?

Technisch werden volgende opmerkingen gemaakt:

- Acties zijn geen doelen, maar middelen, bijvoorbeeld structuur bieden is een middel.
- Kies consequent de technieken en werkwijzen die door de centrale theorie(ën) worden gedragen of verbreed de theoretische basis in functie van de technieken die worden gebruikt.

4.4.3.3 *Bijsturing van de methodiekbeschrijving*

Rekening houdend met de feedback van Johan Vanderfaeillie werd door de staf en de coördinator van Thuisbegeleiding de methodiekbeschrijving bijgestuurd.

Een grote beperking bleef de afbakening van de doelgroep. Deze hadden we niet in de hand. Allereerst deed de verwijzer de maatschappelijke toetsing en beoordeelde deze de noodzakelijkheid van de hulpverlening. Daarna zocht de verwijzer de meest geschikte hulpverlening voor de cliënt. Vervolgens keek de verwijzer welke hulpverlening (die het nauwst aansluit bij de meest geschikte hulpverlening) beschikbaar was.

Gezien de begeleidingsplicht voor 'Thuisbegeleiding' moesten we ingaan op elke vraag van de verwijzer. Wel vroegen we bij de start van de begeleiding verduidelijking aan de verwijzer van de hulpverleningsvormkeuze, van de motivatie van de cliënt en van diens hulpvraag.

Concreet betekent dit dat we de instroom (doelgroep) niet zelf in de hand hadden. We initieerden het debat rond afbakening van de doelgroep voor thuisbegeleiding in de Vlaamse context, maar dit leverde geen resultaten op.

De herwerkte methodiekbeschrijving werd voorgelegd aan het team dat deze herwerking goedkeurde. Nadien werd het voorgelegd aan Johan Vanderfaeillie (VUB), waarna nog enkele minimale aanpassingen volgden.

Uiteindelijk leverde het in 2012 een logische en consistent gefaseerde methode op die ondersteund wordt met de gepaste technieken en hulpmiddelen.

De afbakening van de doelgroep bleef echter zeer breed en algemeen.

4.4.4 Begeleid zelfstandig wonen (BZW)

4.4.4.1 *De gevolgde weg naar een eerste ontwerp methodiekbeschrijving*

Het BZW-team had net zoals het Thuisbegeleidingsteam in 2008, onder procesbegeleiding van Vraagkracht Nederland, een methodisch kader BZW ontwikkeld zonder daarbij een duidelijk model te gebruiken. De beschrijving van de theoretische onderbouw in het methodisch kader ontbrak volledig.

In het voorjaar van 2010 werden twee teamvergaderingen volledig geweid aan het bespreken van het methodisch kader BZW die in 2008, onder procesbegeleiding van Vraagkracht, ontwikkeld werden.

Op basis van deze bespreking schreef de coördinator de methodiek uit en legde het voor aan het team. De theoretische onderbouw werd gevonden in het 8-fasenmodel. *Het 8-fasenmodel*, ontwikkeld door Movisie is een methode om mensen met hulpvragen op meerdere leefgebieden te ondersteunen met het doelgericht werken aan hun toekomst. Het gaat om een stapsgewijze **individuele** begeleiding, waarbij de kwaliteiten, het netwerk en de vraag van de cliënt centraal staan. In 2010 was het 8-fasenmodel nog in volle ontwikkeling. Het netwerk van de cliënt was nog niet opgenomen in het model.

De methodiekbeschrijving werd besproken op het team en goedgekeurd.

4.4.4.2 De externe toetsing van het eerste ontwerp methodiekbeschrijving

De methodiek werd voorgelegd aan Johan Vanderfaeillie in november 2010. Zijn opmerkingen noopten tot reflectie over de werkwijze binnen BZW.

We keerden terug met een heel aantal bedenkingen, opmerkingen en vragen:

- BZW doet twee dingen die van elkaar verschillen:
 - Ten eerste de hulpvraag van de jongeren verhelderen (voortraject). Of de jongere uiteindelijk zelfstandig wil wonen is niet altijd duidelijk.
 - Ten tweede BZW in de pure betekenis van het woord, al is dat niet per definitie het geval.

Dat zijn twee interventies met andere doelstellingen. Om de werkzaamheid van de interventie BZW te meten, worden de twee delen best uitgewerkt als twee afzonderlijke interventies met duidelijk gescheiden doelstellingen. Bovendien vragen beide interventies een inzet van andere technieken, etc.

- Het doel van de interventie is weinig concreet en dus weinig toets- of meetbaar op het niveau van een case, en dus ook op het niveau van de hulpverleningsvorm. Hoe vertaalt men dit doel naar SMART geformuleerde doelstellingen op het niveau van de case?
- Het invoegen van de acht leefgebieden in het doel van de interventie BZW kan helpen om het doel van de interventie concreter te maken. Ze kunnen een nummer krijgen en de schaalscores kunnen per genummerd leefgebied geregistreerd worden. Op die manier wordt het mogelijk om de effectiviteit van de interventie per leefgebied in kaart te brengen.
- De doelgroep van BZW (met uitzondering van de leeftijdsafbakening) was zeer breed. De indicaties werden negatief geformuleerd als jongeren die elders niet terecht kunnen in de Bijzondere Jeugdzorg. Positieve indicaties zijn wenselijk. De negatieve indicaties zijn het gevolg van de brede instroom en de opnameplicht van de interventie.
- Het vermijden en het scherperstellen van duidelijke criteria die een begeleiding toetsbaar maken houden mogelijkerwijs, een situatie in stand die onaanvaardbaar is. Op een zeker tijdstip moeten de geformuleerde voorwaardelijke doelstellingen gerealiseerd zijn. Daarom moet er een antwoord worden gegeven op de volgende vragen:
 - Welke voorwaardelijke doelen moeten er minimaal bereikt worden gedurende het voortraject van een BZW-begeleiding om de begeleiding voort te kunnen zetten?
 - Hoeveel tijd wordt de jongere gegund om de voorwaardelijke doelen te realiseren?Er kan gemotiveerd worden afgeweken van de bepaalde duur. Maar die motivatie wordt opgenomen in het dossier.
- Doelstellingen in de vorm van 'samen bekijken dat...', 'verkennen om ...' zijn geen doelstellingen. Doelstellingen moeten SMART geformuleerd worden.
- Contextgericht werken is geen werkzame factor. Het opbouwen van een context daarentegen, is wel een werkzame factor. Opbouwen is actief; men zet concrete verifieerbare stappen die maken dat de context rondom de jongere wordt opgebouwd.
 - Wanneer is een begeleider emancipatorisch? Wanneer is een begeleider responsabiliserend? Dergelijke termen zijn containers maar de vraag rond de invulling hiervan rijst. Wat doet een begeleider concreet als hij emancipatorisch en responsabiliserend werkt?

Bijsturing van de methodiekbeschrijving

Rekening houdend met de feedback van Johan Vanderfaeillie werd door het team de methodiekbeschrijving gedeeltelijk bijgestuurd.

Ook bij BZW werd vastgesteld dat er een grote beperking bestond met betrekking tot de instroom. Het was de jeugdrechtbank of het Comité Bijzondere Jeugdbijstand (als verwijzer) die de maatschappelijke toetsing deed en de noodzakelijkheid van de hulpverlening beoordeelt. Daarna zocht de verwijzer de meest geschikte hulpverlening voor de cliënt. Vervolgens keek de verwijzer welke hulpverlening (die het nauwst aansluit bij de meest geschikte hulpverlening) beschikbaar is. Gezien de begeleidingsplicht voor BZW werd er ingegaan op elke vraag van de verwijzer.

Concreet betekent dit dat we, ook hier, de instroom (doelgroep) niet zelf in de hand hadden. Er werd bovendien herhaaldelijk vastgesteld dat ingestroomde jongeren nauwelijks kunnen inschatten wat het betekent om zelfstandig te wonen (eenzaamheid, rondkomen met een heel beperkt budget, enzovoort) en in situaties terecht kwamen die ze eigenlijk niet aankunnen.

De herwerkte methodiekbeschrijving (2011) werd door het team goedgekeurd.

Nadien werd ze voorgelegd aan Johan Vanderfaeillie (VUB). De methodiek was logischer en consistent, maar bleef zeer breed en generalistisch en vaag op een teveel domeinen. Niettegenstaande deze opmerkingen werd besloten om met de methodiekbeschrijving aan de slag te gaan en ze gaandeweg te verrijken. Dit uitstel bleek later afstel.

Naschrift: *In 2013 werd de regelgeving aangepast. BZW werd contextbegeleiding in functie van autonoom wonen. Dat betekent dat de context van de jongere een duidelijke plaats moet krijgen in de te gebruiken methodiek in tegenstelling tot het voorheen sterk individueel traject met de jongere. We besloten om een nieuwe methodiek te ontwikkelen met fundamenteel andere uitgangspunten. Het Agentschap Jongerenwelzijn ging in op onze vraag en verleende ons via een projectovereenkomst toestemming om een nieuwe methodiek te ontwikkelen zonder dat de jongere per definitie zelfstandig moet gaan wonen.*

In tegenstelling tot BZW waarbij jongeren de stap naar zelfstandig wonen noodgedwongen moeten zetten en daardoor een heel aantal jongeren in een situatie terecht komen die ze niet aankunnen, zetten we in op een stabiele thuissituatie voor de jongere. Dat kan zijn een terugkeer naar huis, bij een familielid, een vriend of vriendin en ook alleen-wonen. We beklemtonen hiermee het verschil tussen zelfstandig wonen versus autonoom wonen.

Ook de doelgroep werd gespecificeerd, nl. jongeren (17-21 jaar) die nood hebben aan een stabiele thuissituatie en vaak een lang parcours in de jeugdhulp hebben doorlopen:

- Jongeren met een verhoogde kans op thuisloosheid*
- Jongeren die uitstromen uit de residentiële hulpverlening en gere-integreerd moeten worden in een gezinssituatie.*
- Jongeren die in hun kern- of nieuw-samengesteld gezin verblijven, maar de gezinsgerichte pedagogische thuishulp schiet tekort.*
- Jongeren die samenwonen met familie of vrienden en hiermee problemen ervaren.*
- Jongeren die zelfstandig wonen of gaan wonen, maar nog niet de nodige competenties en het netwerk hebben ontwikkeld om dit te aan te kunnen.*

Deze methodiek is momenteel nog in volle ontwikkeling.

4.5 Globale evaluatie en aanbevelingen

Eén van de allergrootste meerwaarde van het E-project is de methodiekbeschrijving en het proces daarvan.

Het beschrijven van de methodiek is niet makkelijk, maar we vinden dit uiterst belangrijk. Naast het product (de methodiekbeschrijving op zich) is de grootste meerwaarde het proces op zich. Kennis delen om het delen 'op zich' werkt niet. Het creëren van een gezamenlijk 'project', de methodiekbeschrijving, bood een gezamenlijke voedingsbodem die in de dagelijkse praktijk vaak ontbreekt om kennis te delen. Tijdens het samenwerken aan de methodiekbeschrijving werd in verschillende teams vastgesteld dat er een omgeving ontstond waarin het ondervragen van elkaar, het uitleggen aan elkaar, en het samen ontdekken van nieuwe gezichtspunten door het uitwisselen van ervaringen op meer natuurlijke wijze plaatsvindt. Die werkwijze vereenvoudigde het delen van kennis. Deze kennis werd geborgd voor collega's en toekomstige collega's.

De oorspronkelijk daarvoor voorziene tijd (twee jaar binnen het E-project) was onderschat. De grootste procesmeerwaarde lag in de teams waar men het meest intensief samenwerkte tijdens de methodiekbeschrijving. Daar waar er zeer generalistisch werd beschreven, of waar fundamentele knopen niet werden doorgeslagen was de meerwaarde het kleinst. Een voorbeeld daarvan is het proces van methodiekbeschrijving zoals doorlopen werd binnen het BZW-team. Dat team worstelde sterk met

de methodiekbeschrijving. De voornaamste oorzaak daarvan was de betrachting om alle 'uitzonderingen' te trachten vatten en mee op te nemen in de methodiek.

Ook de externe feedback van Johan Vanderfaeillie was essentieel voor het proces omdat de blinde vlekken (hiaten in de hulpverlening) die een team heeft, gemakkelijker door een externe deskundige worden opgemerkt.

Hulpverleners gaven aan dat de discussie over de methodiek en de extra aandacht om beslissingsprocessen goed te onderbouwen heel wat bewustzijn en reflectie met zich heeft meegebracht.

Het overgrote deel van de hulpverleners gaf aan dat ze het methodisch werken (met de gestandaardiseerde methodiek) als een grote meerwaarde ervaren. Een beperkt aantal hulpverleners hadden het hier moeilijker mee. Vaak bleek dit minder te maken te hebben met het werken met een methodiek, maar wel met de keuzes in de methodiek die werden gemaakt, waar mensen niet altijd voor gekozen hadden bij aanwerving (bijvoorbeeld een trainingsgerichte en begeleidende aanpak in plaats van het voeren van 'therapeutische' gesprekken).

Hulpverleners gaven aan dat deze methodieken heel wat ruimte lieten voor de hulpverleningsrelatie in de gezinnen en heel wat flexibiliteit mogelijk maakten. Werken met een methodiek gaf houvast aan begeleiders en maakte een gerichte ondersteuning mogelijk.

De meerwaarde zoals theoretisch beschreven⁴⁶ kunnen we vanuit de ervaring van 'De Cocon' onderschrijven.

- 'meer eenheid in de uitvoering ten aanzien van de cliënt; het geeft professionals houvast en daardoor voeren ze de interventie ongeveer op dezelfde manier uit;
- overdraagbaarheid (naar bijvoorbeeld nieuwe medewerkers of tijdelijke vervangers bij bijvoorbeeld ziekte) en handvatten voor de borging van de interventie;
- een duidelijk verhaal: hulpverleners kunnen precies aangeven welke problemen ze op welke manier aanpakken, waardoor cliënten beter weten wat hen te wachten staat en waardoor overspannen verwachtingen worden vermeden. In de onderzoeksliteratuur wordt dat *allegiance* genoemd, een belangrijke werkzame factor van hulp;
- aanscherping van de uitgangspunten en theoretische achtergronden van de interventie, van de problematiek van de doelgroep, een heldere opbouw en fasering van de interventie en aanscherping van de in te zetten middelen en activiteiten;
- hiaten in de methodiek komen tijdens het beschrijven aan het licht: wat is er nog meer nodig?;
- kansen om de methodiek te verbeteren, om de methodiek op te frissen bij iedereen en om in de uitvoering de puntjes op de i te zetten.'

Aanbevelingen en tips voor andere organisaties/teams die hun methodiek willen beschrijven:

- Neem voldoende tijd!
- Maak de oefening zoveel mogelijk met het gehele team en laat het proces begeleiden door een niet aan het team verbonden persoon. De ervaring toont dat een extern iemand tijdens het proces helpend is om 'evidenties die leven in een team' te bevragen.
- Bouw regelmatig in het proces externe kwaliteitscontrole door een deskundige in. De meerwaarde van Johan Vanderfaeillie als deskundige in het proces was cruciaal voor ons.
- Begin met een scherpe doelenhiërarchie en doelgroep-afbakening. (Wat is het doel van de methodiek, wat zijn de subdoelen, welke doelgroep wordt beoogd en welke niet?) Dat is bijzonder helpend voor het proces. De discussie om het hoofddoel van een methodiek scherp te beschrijven is echter niet eenvoudig. Een belangrijke les is dat het scherp krijgen van de doelenhiërarchie, hoofddoel en subdoelen, zeer helpend is om doelrealisatie in kaart te brengen.
- Sinds 2011 is er een goede handleiding ter beschikking hoe methodisch handelen te beschrijven, nl. 'Beschrijven van methodisch handelen', uitgegeven door het Nederlands

⁴⁶ Foelen Nienke, van der Steege Mariska, de Lange Marjan, Beschrijven van methodisch handelen, NJI, februari 2011.

Jeugdinstituut. Deze handleiding is vrij te downloaden op de website van het Nederlands Jeugdinstituut.

- Een methodiek mag niet gezien worden als een product zonder vervaldatum. De maatschappij verandert, hulpvragen van jongeren en gezinnen veranderen en de problematiek kan evolueren in vorm of aantal. Ook de wetenschap staat niet stil. Telkens komen er nieuwe inzichten en gefundeerde theorieën bij en daarbij uiteraard ook methodieken. Kijk daarom voortdurend kritisch naar de methodiek en pas hem eventueel aan aan de actuele wetenschappelijk of cijfermatig onderbouwde inzichten en noden.

5 Het in kaart brengen van effect op methodiekniveau

De tweede doelstelling van het E-project was om voor elke hulpverleningsvorm niveau 3 op de effectladder te halen. Op weg naar niveau 3 was de ambitie om het effect van de verschillende methodieken te meten via eenvoudig praktijkonderzoek en daaruit te leren zonder precies te weten hoe dat te realiseren. Om dit te realiseren werden resultaatsindicatoren uitgewerkt op maat van hulpverleningsvorm en geïmplementeerd. Het E-project had tot doel om dit instrumentarium uit te werken en te implementeren tegen eind 2012.

Het is belangrijk om te duiden dat het hier gaat om effect op methodiekniveau en dat het niet behalen van een doel van de methodiek dat op casusniveau zou betekenen dat de begeleider slecht werk zou hebben verricht.

Het voorbeeld dat we steeds gebruikten was het volgende:

‘Crisishulp aan Huis’ als methodiek, heeft als doel om uithuisplaatsing te vermijden. Het is niet omdat een minderjarige uit huis wordt geplaatst tijdens of vlak na de begeleiding dat de begeleider slecht werk zou hebben geleverd. Uithuisplaatsing is in bepaalde situaties de beste oplossing. Het kan bijvoorbeeld zijn dat tijdens het diagnostisch proces uitgevoerd door de begeleider, nog niet gekende informatie naar boven komt die van die aard zijn dat uithuisplaatsing de beste oplossing is.

5.1 Het belang van resultaatsindicatoren

Indicatoren zijn meetbare aspecten die een aanwijzing kunnen geven, onder andere over de kwaliteit, de resultaten en de toegankelijkheid van de hulpverlening. Een indicator heeft een signalerende functie en doet geen uitspraken over wat goed of fout is. Cijfers uit de prestatie-indicatoren spreken nooit voor zich. Hij krijgt maar betekenis wanneer er over gesproken wordt en de cijfers worden geïnterpreteerd en een norm wordt bepaald (vinden we het resultaat voldoende of niet). Die norm kan het resultaat zijn van wetenschappelijk onderzoek, benchmark of van consensus binnen de organisatie.

De resultaatsindicatoren zijn bruikbaar zowel voor kwaliteitstoetsing, -sturing en -verbetering. Dit kan afhankelijk zijn van de gekozen indicator op casus-, methodiek- of organisatieniveau. Sommige indicatoren zijn bruikbaar op meerdere niveaus.

“Belangrijk is om op te merken dat effect niet steeds een vooruitgang hoeft te betekenen. Hulp die voorkomt dat het slechter gaat met een jongere kan ook effectief worden genoemd. Vanuit een praktijkperspectief kan een interventie als effectief gezien worden als gestelde doelen worden gerealiseerd en cliënten tevreden zijn. Vanuit een strikt wetenschappelijk perspectief is een interventie pas effectief als is aangetoond dat er geen andere factoren in het spel zijn die het effect ook hadden kunnen veroorzaken.”⁴⁷ Dit laatste is niveau 4 van de effectladder.

5.2 De gekozen resultaatsindicatoren

De volgende resultaatsindicatoren werden initieel gekozen.

- **Waarneembare verandering.** Onder verandering worden de afname van de problemen van de cliënt en de vergroting van de competenties van de cliënt begrepen. Dat gebeurt door de competenties en de problemen van de cliënt bij de start en het einde van de hulpverlening te vergelijken. Dit gebeurt via diagnostische vragenlijsten.
- **Cliënten- & klantentevredenheid.**
- **Doelrealisatie** is een indicator en een kwantitatieve maat voor de mate waarin een doel in de hulpverlening werd behaald. Doelrealisatie werd in het begin van het E-project uitsluitend ingevuld als de mate waarin de met de cliënt overeengekomen hulpverleningsdoelen gerealiseerd zijn. De hulpverlener zoekt samen met de cliënt een indicator die het mogelijk maakt om te achterhalen of een doel behaald werd of niet. Hulpverleningsdoelen worden zo SMART mogelijk geformuleerd en bijgehouden (bijvoorbeeld in het handelingsplan). Bij deze

⁴⁷ Vanderfaellie Johan, Implementatie van evidence-based praktijken in De Cocon vzw: stand van zaken en toekomstige ontwikkelingen, Gent, 2011 (Publicatie op de website De Cocon vzw en in jaarverslag 2011).

doelen moet de beginsituatie helder zijn voor alle betrokkenen en het moet duidelijk zijn wanneer het doel is bereikt.

De volgende resultaatsindicatoren werden later toegevoegd.

- De **aard van de afsluiting van de hulp**. De manier waarop de hulpverlening wordt afgesloten is een kwaliteitsindicator van de hulpverlening. Die indicator doet geen uitspraak over de kwaliteit van de hulpverlening, maar levert een maat op die een interpretatie van de kwaliteit van de hulpverlening mogelijk maakt. Concreet betekent dit dat de door-, uitstroom en uitval worden geregistreerd en dat het opgeleverde cijfer wordt geïnterpreteerd.
- De **opvolging van het eindadvies**. Deze resultaatsindicator is specifiek voor Crisisinterventie en Terugkeer Naar Thuis! Of het eindadvies al dan niet is opgevolgd, is een resultaatsindicator voor beide diagnostische crisishulpverleningsmethodieken.
- De mate waarin het **hoofddoel van de interventie** werd behaald.

Vandaag gebruiken we een andere indeling. Deze is gebaseerd op een basisset die gebruikt wordt door gemeenten in Nederland, die sinds 1 januari 2015 verplicht zijn aan te geven welke outcome-criteria voor jeugdhulpvoorzieningen zij hanteren.⁴⁸ Deze set werd voor de jeugdhulp verder uitgewerkt in consultatie met het werkveld.

- **Uitval** van cliënten.
- **Cliënttevredenheid**
- **Doelrealisatie** van de hulp, met hieronder verschillende indicatoren:
 - De mate waarin cliënten zonder of met minder zware hulp verder kunnen (uitstroom);
 - De mate waarin problemen van de cliënt verminderd zijn en/of de competenties/zelfredzaamheid van de cliënt vergroot zijn;
 - De mate waarin de met de cliënt overeengekomen hulpverleningsdoelen gerealiseerd zijn;
 - De mate waarin het hoofddoel van de interventie werd behaald.

⁴⁸ Nederlands Jeugdinstituut, Outcome-sturing in de jeugdhulp, 10 tips voor gemeenten en aanbieders, NJI, 2015.

6 Het invoeren en gebruiken van diagnostiek

6.1 Doelstellingen

Met de invoering en het gebruik van diagnostische vragenlijsten werden **twee doelstellingen** beoogt.

De eerste doelstelling was een **zicht verwerven over de mate waarin de autonomie van cliënten werd versterkt en de ernst van de problematiek verminderde door onze hulpverlening**. Door diagnostische vragenlijsten die aansluiten bij de doelstellingen van de hulpverleningsvorm aan het begin (t1) en aan het einde (t2) van de begeleiding te gebruiken, kunnen de metingen met elkaar worden vergeleken.

De tweede doelstelling betrof het **verbeteren van het diagnostisch proces** binnen de hulpverlening. Er werd besloten om de diagnostische vragenlijsten handelingsgericht in te zetten door ze in het brede diagnostische proces van de hulpverlening in te schakelen. In de werkbegeleidingsgesprekken tussen de werkbegeleider (supervisor) en de begeleider worden verschillende bronnen van informatie: observaties door de begeleider, informatie verkregen via cliënten of derden (bijvoorbeeld school), resultaten van de diagnostische vragenlijsten naast elkaar gelegd om te komen tot een duidelijk beeld van de krachten en problemen van de cliënt.

6.2 De meerwaarde van diagnostische vragenlijsten handelingsgericht in te zetten – theorie⁴⁹

Het diagnostisch proces is het proces waarin een hulpverlener samen met ouders en kinderen (en/of hun omgeving) beoordeelt welke problemen spelen en beslist welke hulp best ingezet kan worden. Het is een proces van professionele oordeelsvorming waarin een hulpverlener, op basis van een gedegen analyse van de problematiek, beoordeelt hetzij welk hulpaanbod het meest geschikt is, hetzij welke strategie bijdraagt aan het oplossen, verminderen of draaglijk maken van het probleem.

Een kwalitatieve diagnose komt tot stand in dialoog met de cliënt, zowel met de ouders als met de jongere. Zowel de hulpverlener als de cliënt brengt zijn kennis in. Bij de hulpverlener is dat zijn professionele kennis. De cliënt brengt kennis in over zijn specifieke situatie, zoals zijn inzichten in wat precies de problemen zijn, hoe die ontstaan zijn en welke oplossingen al uitgetoet zijn. Er vindt een gezamenlijke afweging plaats tussen wat volgens de hulpverlener noodzakelijk is en wat ouders en jongere willen.

Het gebruik van instrumenten (diagnostische vragenlijsten, risicotaxatielijsten, enz.) vormen een hulpmiddel in het besluitvormingsproces. Ze helpen hulpverleners om systematisch informatie te verzamelen en te analyseren. Een goed instrument kan de besluitvorming vergemakkelijken en helpt om beslissingen te onderbouwen.

Wanneer bij dit proces geen gebruik gemaakt wordt van een instrument, is de kans groter dat de begeleider afgeleid wordt door de veelheid aan signalen van de cliënt of door aspecten van de problemen die een emotioneel beroep op hem doen en zich laat leiden door die informatie die zijn eerdere ideeën en vermoedens bevestigen. **De kans op blinde vlekken verkleint door het gebruik van instrumenten**, omdat de hulpverlener door het gebruik van het instrument systematisch die factoren onderzoekt en meeweegt in zijn oordeelsvorming waarvan uit onderzoek gebleken is dat die van belang zijn, bestaat de kans op vertekening minder snel en ontstaat een betrouwbaarder beeld van een situatie of een cliënt.

Goede instrumenten zijn belangrijk, maar leiden niet zonder meer tot betere resultaten. Verkeerd gebruik van een instrument kan ook leiden tot verkeerde beslissingen. Daarnaast kunnen er ook andere nadelen aan kleven, zoals bijvoorbeeld een grote tijdsinvestering om een instrument/vragenlijst af te nemen en te interpreteren.

Wanneer heeft het dan zin om een instrument te gebruiken? Het kortste antwoord daarop is: als het een bijdrage levert aan het diagnostisch proces. Met andere woorden, als het de hulpverlener helpt om doelgericht informatie te verzamelen en gestructureerd met cliënten te bespreken wat er mogelijk aan

⁴⁹ Bartelink Cora, ten Berge Ingrid, Van Yperen Tom, Beslissen over effectieve hulp - Wat werkt in indicatiestelling? Nederlands Jeugdinstituut, 2013.

de hand is. Een instrument kan ook een handig hulpmiddel zijn om de effecten van een behandeling te evalueren en te beslissen of er vervolghulp ingezet moet worden.

Om een weloverwogen keuze voor een instrument te maken, moeten volgende vragen worden beantwoord:

1. *Is het instrument geschikt voor de doelgroep en voor het doel?*
2. *Is het instrument of de meetprocedure voldoende objectief: beschikt het over een duidelijke instructie over de te volgen werkwijze, beschikt het over passende normen voor de interpretatie en maakt het gebruik van meerdere informanten?*
3. *Wat zijn de psychometrische kwaliteiten van het instrument? Is het voldoende betrouwbaar en valide? Zijn de normen van voldoende kwaliteit, dit wil zeggen: is de normgroep representatief?*
4. *Hoe is de verhouding tussen wat de toepassing van een instrument oplevert en wat het kost (tijd, geld, opleiding, ...)?*
5. *Hoe bruikbaar is een instrument om te beslissen over wat er moet gebeuren in de begeleiding?*

6.3 De selectie en implementatie van diagnostische vragenlijsten

Het selectie- en implementatieproces startte in 2010, een half jaar na de start van het proces van de methodiekbeschrijving.

Dit proces werd begeleid en ondersteund door een 'adviesgroep diagnostiek'. Deze werd samengesteld uit begeleiders en werkbegeleiders van de verschillende hulpverleningsvormen, onder leiding van de projectverantwoordelijke. De adviesgroep had als opdracht: het bewaken van de gebruiks- en klantvriendelijkheid van het proces tot invoering van diagnostische vragenlijsten, alsook de haalbaarheid van het proces.

Het zoeken en samenstellen van geschikte diagnostische vragenlijsten was een opdracht voor de teams. Dat proces werd ondersteund door de adviesgroep diagnostiek.

Ieder team (hulpverleningsvorm) legde een eigen traject af, maar koppelde regelmatig terug naar de adviesgroep. De verschillende hulpverleningsvormen maakten op die manier gebruik van elkaars ervaring.

Algemeen werden volgende stappen in alle teams gezet.

De teams inventariseerden welke centrale doelen van een hulpverleningsvorm verdiept kunnen worden en wat ze wensten te weten om nog beter het begeleidingswerk uit te voeren. Op de eerste bijeenkomst van de adviesgroep werden de antwoorden op deze vragen verfijnd. In de database van het Nederlands Jeugdinstituut werden diagnostische vragenlijsten gezocht die een antwoord geven op de vragen. De handleidingen van deze vragenlijsten werden opgevraagd bij de 'testotheek' van de Vrije Universiteit Brussel en geconsulteerd. Deze vragenlijsten (en handleidingen) werden via een soort '**diagnostiekmarkt**' voorgesteld aan alle begeleiders. De begeleiders selecteerden de vragenlijsten die ze als meest gepast, haalbaar en gebruiksvriendelijk beoordeelden.

Onze wetenschappelijke partner Johan Vanderfaellie (VUB) controleerde of de vragenlijsten effectief een antwoord gaven op de vragen van de hulpverleningsvormen. Op basis van zijn feedback volgde een bijsturing.

In februari 2011 werden de teams **opgeleid** om de geselecteerde vragenlijsten te gebruiken. "*Daar niet ieder medewerker voldoende geschoold was in het gebruik van diagnostisch materiaal in de hulpverlening is voor de verschillende teams een opleiding georganiseerd.*

Doel was (1) weerstand tegen het gebruik van instrumenten in de hulpverlening overwinnen en de voordelen ervan aanstippen, (2) concepten en meetpretentie van de verschillende instrumenten verhelderen, (3) scoringswijzen toelichten, (4) interpretatie van de gegevens aanleren en (5) ten slotte de overdracht van de resultaten naar de hulpverleningspraktijk inoefenen. Hiermee werd er dadelijk voor gezorgd dat de gegevens worden benut in het primaire proces, bij individuele diagnostiek en behandelingsplanning en evaluatie van de voortgang. Vervolgens zullen ze naar hogere niveaus worden

geaggregeerd om zicht te krijgen op de effectiviteit van de werkvorm. Deze inzichten kunnen op hun beurt worden aangewend om de praktijk te verbeteren.”⁵⁰

Voor de verwerking van diagnostische vragenlijsten werd gebruik gemaakt van BergOp⁵¹, een webapplicatie voor de digitale verwerking van instrumenten voor diagnostiek en effect-onderzoek in de zorg. Een online-instrument, dat ontwikkeld werd door Praktikon uit Nederland. BergOp maakt mogelijk dat de processen van afname, verwerking en interpretatie van de vragenlijsten ICT-gestuurd verlopen, wat de gebruiksvriendelijkheid aanzienlijk vergroot. Bovendien worden de gegevens in een database geaggregeerd en kunnen de data op het niveau van een casus, een hulpverleningsvorm of een globale voorziening worden gebruikt voor de evaluatie en de verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening. Sinds 2011 investeert Jongerenwelzijn in een link met BergOp vanuit Binc.⁵²

Vanaf maart 2011 ging de pilootfase, waarin men de vragenlijsten leerde gebruiken en deze te toetsen aan de praktijk, van start. Eind 2011 was er per hulpverleningsvorm (behalve bij BZW) een **teamevaluatie** van de vragenlijsten. Diezelfde periode werd er per hulpverleningsvorm een overlegmoment met Prof Vanderfaeillie georganiseerd om problemen bij het gebruik van de vragenlijsten te bespreken en naar oplossingen te zoeken.

6.4 De weg van de verschillende hulpverleningsvormen: hetzelfde maar toch verschillend

6.4.1 Thuisbegeleiding en Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding

De teams Thuisbegeleiding (TB) en Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding (IKT) selecteerden in 2010 volgende vragenlijsten:

- de Adult Self Report (ASR);
- Verkorte Schaal voor Opvoedingsgedrag (VSOG);
- Youth Self Report (YSR), Children’s Behaviour Checklist (1,5 – 5 jaar) (TNTCL), Children’s Behaviour Checklist (6 – 18 jaar) (CBCL);
- Vragenlijst Gezinsfunctioneren (VGF).

Belangrijk is om te vermelden dat de VGF de enige vragenlijst is die niet door de cliënt wordt ingevuld maar door de begeleider.

De teams besloten om tijdens de **testperiode** de vragenlijsten consequent **in alle casussen** te gebruiken.

De werkbegeleiders ontwikkelden een diagnostisch rapportage-instrument in functie van de verwerking en bespreking van de vragenlijsten.

Justine Meersseman (stagiaire klinische psychologie Universiteit Gent) kreeg de opdracht om door middel van casuïstiek de relevantie van de oorspronkelijke vragenlijsten te onderzoeken. Welke vragenlijsten werden gebruikt om doelen te formuleren? Welke vragenlijsten werden niet gebruikt en welke vragenlijsten werden onterecht niet gebruikt? Daarnaast werd geverifieerd wat de meerwaarde van de gebruikte rapportage-instrumenten was.

De hulpverleners werden bevestigd over hun ervaringen met de vragenlijsten door de volgende vraag te beantwoorden: hoe kunnen we de haalbaarheid, gebruiksvriendelijkheid en cliëntvriendelijkheid van de diagnostische vragenlijsten vergroten voor de cliënt en de hulpverlener?

De teams evalueerden de vragenlijsten begin december 2011. Dit werd midden november 2011 voorafgegaan door een voorevaluatie door de coördinator en de werkbegeleiders van beide hulpverleningsvormen.

⁵⁰ Vanderfaeillie Johan, Implementatie van evidence-based praktijken in De Cocon vzw: stand van zaken en toekomstige ontwikkelingen, Gent, 2011 (Publicatie op de website De Cocon vzw en in jaarverslag 2011).

⁵¹ BergOp staat voor Behandelingsgerichte Evaluatie – en Registratie GegevensOPslag.

⁵² Binc is het uniforme registratiesysteem voor de private organisaties van de bijzondere jeugdbijstand. Via Binc werd BergOp tot en met 2014 volledig gratis ter beschikking gesteld aan de private organisaties van de bijzondere jeugdbijstand.

6.4.1.1 Resultaten uit de tussentijdse evaluatie

De coördinator en de werkbegeleiders merkten dat vragenlijsten de kwaliteit en de efficiëntie van de hulpverlening vergrootten. Gedurende een relatief korte werkperiode werd cruciale informatie verzameld die helpt om snel tot duidelijke en onderbouwde doelen te komen.

Justine Meersseman formuleerde een reeks conclusies. De Adult Self Report (ASR) werd in de praktijk niet gebruikt om doelen op te stellen. De andere vragenlijsten (VSOG, YSR, CBCL 1,5-5, CBCL 6-18, VGF) worden wel intensief gebruikt om doelen op te stellen. De door de werkbegeleiders ontwikkelde diagnostische rapportage naar de cliënt toe, is te uitgebreid en niet begrijpelijk voor cliënten. De relevantie van deze rapporten werd in twijfel getrokken. Justine Meersseman stelde voor de profielen, zoals ze door BergOp worden gegenereerd, te gebruiken voor de terugkoppeling naar de cliënt.

De begeleiders bevestigden haar conclusies. Bovendien gaven ze volgende feedback:

- De afname van de vragenlijsten neemt twee tot drie uren in beslag, wat haalbaar is binnen de begeleiding.
- De vragenlijsten zijn een meerwaarde in de hulpverlening omdat er veel gefundeerde informatie wordt ingebracht in dialoog met de cliënt. Toch kan er worden gesleuteld aan de onderstaande randvoorwaarden.
 - Het is belangrijk dat de vragenlijsten aansluiten op de kernopdracht van de hulpverleningsvorm (bijvoorbeeld versterken van de pedagogische vaardigheden). In het geval van de ASR is dat twijfelachtig. Die vragenlijst hoort eerder in een therapeutische context voor volwassenen thuis. Bovendien ligt ze bij veel cliënten, maar ook bij vele begeleiders, gevoelig omdat sommige vragen peilen naar het seksleven van cliënten. Vraag 96, 'Ik denk te veel aan seks', is bijvoorbeeld een storende vraag.
 - Het afname-, verwerkings- en rapportageproces (afname, scoren en rapporteren) mag worden vereenvoudigd. De verwerking in BergOp verloopt efficiënt omdat de administratie dat volledig op zich neemt. De door de werkbegeleiders uitgewerkte schriftelijke rapportage daarentegen, werd als belastend en niet-helpend ervaren. Bovendien is ze veel te uitgebreid, vraagt ze te veel tijd en is de meerwaarde te beperkt om de investering te verantwoorden.
 - Voorts wordt er ondersteuning gevraagd bij het uitleggen aan cliënten wat de verwachting, bedoeling en meerwaarde zijn van de vragenlijsten.
 - In geval van een beperkt begripsvermogen van de cliënt en een taalprobleem is extra ondersteuning gewenst.
 - De VGF is de enige vragenlijst die door begeleiders worden ingevuld en niet door de cliënt. De begeleiders geven aan dat de in de VGF gebruikte schaal moeilijk is om te gebruiken. Het resultaat van de vragenlijst sluit niet altijd aan bij de gewone observaties en beleving van de hulpverlener. Dit kan positief zijn omdat elementen van tegenspraak het debat vergroten om te komen tot een betere onderbouwing van het oordeel. De vrees is echter dat de resultaten niet juist zijn, omwille van een verkeerde interpretatie van de vragen.

In teamverband werd beslist om de ASR niet meer te gebruiken. Daarnaast werd afgesproken dat de rapportage zich zou beperken tot het kernachtig beantwoorden van de vier diagnostische kernvragen.

1. Wat zijn de krachten en problemen van de cliënt?
2. Wat is de verklaring voor de problemen van de cliënt?
3. Met welke doelen zullen we het probleem van de cliënt aanpakken?
4. Hoe zullen we de doelen evalueren?

Er werd door het team een 'format' uitgewerkt die gebaseerd is op 'Signs of Safety' (SOS). 'Signs of Safety' werd ontwikkeld door Turnell en Edwards⁵³ en is een oplossingsgerichte benadering voor

⁵³ Turnell, A., en S. Edwards (1999), 'Signs of safety: A solution and safety oriented approach to child protection casework'. New York/London: Norton.

gezinnen waar de veiligheid van een kind een probleem vormt. Het doel van de werkwijze is dat het kind (weer) veilig kan opgroeien in het gezin. Samen met het gezin ontwikkelt de hulpverlener een veiligheidsplan. Dat schema wordt gedurende een gesprek, tussen de werkbegeleider en de hulpverlener, ingevuld en vormt een leidraad die gedurende de terugkoppeling naar de cliënten wordt gebruikt.

6.4.1.2 *De externe toetsing van de gebruikte instrumenten en het gebruik ervan*

In december 2011 ging er een overleg door tussen de werkbegeleiders van TB, IKT en Johan Vanderfaeillie. De nieuwe rapportagevorm (op basis van SOS en SOW⁵⁴) werd als heel positief onthaald omdat het schema consequent een antwoord geeft op de vier diagnostische kernvragen. Bovendien gebeurt het zeer grondig (per vragenlijst en per onderdeel van de vragenlijst).

Het probleem van de VGF was een gekend probleem. Wanneer is een probleem een probleem? De hulpverleners moeten door frequent gebruik van deze vragenlijst voeling krijgen met de schaal. Dat vraagt oefening.

Ondanks de problemen met de VGF, werd besloten hem toch te gebruiken. We evalueren hem pas op het moment dat er voldoende 'oefentijd' is geweest.

Tijdens een vorming over diagnostiek van Johan Vanderfaeillie werd vastgesteld dat enkele hulpverleners de vragenlijst corrigeerden wanneer het resultaat van de vragenlijst niet aansloot bij de gewone observaties van de hulpverlener. Dat ondermijnt de waarde van het instrument.

6.4.1.3 *Eindevaluatie met betrekking tot het gebruik van het handelingsgericht inzetten van diagnostische vragenlijsten in Thuisbegeleiding en Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding*

De diagnostische vragenlijsten zijn een meerwaarde in de hulpverlening.

- De vragenlijsten genereren snel heel veel informatie over de gezinnen (soms wordt ook sociaal wenselijk geantwoord, maar dat zegt tevens ook veel over het gezin). De vragenlijsten zijn heel bruikbaar om tijdens het invullen en nadien erover in dialoog te gaan over bepaalde thema's met het gezin.
- De vragenlijsten vergemakkelijken de besluitvorming, samen met de cliënt, en zijn helpend om de beslissingen beter te onderbouwen. Het risico op een eigen blinde vlek wordt daardoor aanzienlijk verminderd (zeker na dubbelcheck via de werkbegeleiding).
- Als hulpmiddel voor de opmaak van doelen in dialoog met de cliënt.
- Als hulpmiddel voor het onderbouwen van eventuele vervolghulp.
- Als hulpmiddel om verandering aan de cliënt toonbaar te maken.
- De diagnostische vragenlijsten (profielen) zijn een goed hulpmiddel voor de werkbegeleiding om het gezin ten aanzien van de hulpverlener beter te kunnen inschatten.

Eén medewerker gaf als bijkomend voordeel aan dat de vragenlijsten het professioneel overkomen verhogen.

'Technische' conclusies

- In samenspraak met Johan Vanderfaeillie werd besloten om de VGF niet meer te gebruiken.
- Volgende vragenlijsten worden systematisch ingezet binnen het diagnostisch proces en worden handelingsgericht gebruikt. Tevens worden ze ook gebruikt in functie van effectmeting (vergelijken van resultaten van de meting op tijdstip 1 met tijdstip 2).
 - Verkorte Schaal voor Opvoedingsgedrag (VSOG).
 - Youth Self Report (YSR), Children's Behaviour Checklist (1,5 – 5 jaar), Children's Behaviour Checklist (6 – 18 jaar) (CBCL).
- De nieuwe rapportagevorm naar cliënten (op basis van SOS en SOW) is positief en een praktisch hulpmiddel.

⁵⁴ 'Sings of Wellbeing'

Met betrekking tot het implementatietraject

- Tijdens het implementatietraject werd vastgesteld dat enthousiasme en het geloof van de begeleider in diagnostische vragenlijsten héél belangrijk is. De begeleider moet zijn weerstand in vraag durven stellen en hem niet projecteren op de cliënt. De meerwaarde voor de hulpverlener op zich is sterk afhankelijk van zijn kunde om diagnostische vragenlijsten te gebruiken en profielen te interpreteren. De benodigde vaardigheden aanleren is zeer belangrijk.
- Verschillende medewerkers gaven aan dat de invoering van de vragenlijsten heel veel energie en tijd kostte omwille van het zoek- en leerproces. Het gebruik van nog niet vlot beheerste technieken creëert een onnatuurlijke techniciteit in de begeleiding. Eens de techniek wordt beheerst, verdwijnt dit en wordt dit veel natuurlijker. *“Leren fietsen is niet gemakkelijk en gaat gepaard met heel wat gestuntel, vallen en opstaan, maar eens men het kan, gaat het automatisch en zeer natuurlijk.”*

Bijsturing

Om de vragenlijsten beter te gebruiken als hulpmiddel voor het onderbouwen van eventuele vervolghulp werd vastgesteld dat de afname daarvan beter vroeger in de tijd plaatsvindt. De afname gebeurt sinds november 2014 niet meer in de voorlaatste week, maar één maand voor afsluiting van de hulpverlening. Verwacht wordt dat dit de handelingsgerichte bruikbaarheid van de vragenlijst (T2) zal verhogen.

Naschrift

De verwachting is dat het vergelijken van T1 en T2 op hulpverleningsvormniveau bruikbaar is voor effectmeting aangezien zij handelingsgericht worden ingezet voor het bepalen van hulpverleningsdoelstellingen in dialoog met de cliënt. Tegelijkertijd wordt er een belangrijke kanttekening geplaatst. De T2 wordt afgenomen in de eindfase van de begeleiding. Tijdens deze begeleiding wordt gewerkt aan inzichten bij de cliënt. Dat maakt soms dat de resultaten van de T2 slechter zijn dan deze in de T1, omdat de cliënt zich niet altijd even goed bewust was van zijn eigen probleem. In de effectmeting op hulpverleningsvormniveau zou dan de totale context in rekening moeten worden gebracht.

Een punt dat door onze wetenschappelijke partner Prof Johan Vanderfaellie werd aangehaald als verbeterpunt is de monitoring van de ontwikkeling. *“Een voorbeeld: een thuisbegeleiding duurt één à twee jaar. Na zes maanden worden de doelen geëvalueerd en wordt gekeken of we op de goede weg zitten. Is zes maanden niet wat lang? Zou het niet verstandig zijn om de cliënten die onvoldoende vooruitgaan sneller te identificeren? Meerdere empirische gegevens ondersteunen dit idee. Ten eerste toont onderzoek aan dat slechts 28% van jeugdigen in behandeling vooruit gaat. Van ongeveer 30% blijven de problemen even groot en van 14 tot 24% worden de problemen groter. Er dus van uitgaan dat jeugdigen en hun gezin steeds vooruitgaan gedurende een begeleiding, is niet gerechtvaardigd. Daarnaast werd ook gevonden dat begeleiders en therapeuten meestal een optimistisch beeld hebben over de gemaakte vooruitgang, veranderingen in de negatieve zin over het hoofd zien en slechts in beperkte mate de finale uitkomst (en dus vooruitgang of gebrek aan vooruitgang) van een cliënt kunnen inschatten. Bovendien doen deze problemen zich sterker voor bij cliënten die niet vooruitgaan. Daarnaast heeft een routinematige monitoring van de vooruitgang een eigenstandig positief effect. In onderzoek gaf het aanleiding tot een vermindering van acht procent van de cliënten die achteruitgingen en veertien procent meer cliënten die vooruitgingen. Het zou dan ook een goed idee kunnen zijn om de ontwikkeling van het cliëntsysteem frequenter en bijna routinematig te monitoren. Deze frequente feedback zou in geval van geen of onvoldoende vooruitgang de aanleiding kunnen zijn om (opnieuw) de werkrelatie te evalueren, de werkdoelen te herdefiniëren of de aanpak meer te laten aansluiten op de veranderingstheorie van de cliënt. Daarnaast moet het aanleiding geven tot intervisie en supervisie die op zijn beurt moet resulteren in ideeën hoe de begeleiding te optimaliseren. Voorwaarde is echter dat*

deze feedback bijna onmiddellijk, frequent, systematisch en eenvoudig te begrijpen wordt aangeleverd."⁵⁵

6.4.2 Crisishulp aan Huis

Crisishulp aan Huis (CaH) heeft een gelijkaardig traject afgelegd, al is er een belangrijk verschil. CaH is een kortdurende en intensieve hulpverleningsvorm van 28 dagen. Het doelenplan wordt op vierde dag van de begeleiding opgesteld. Het team CaH gaf aan dat de derde diagnostisch kernvraag, 'Met welk doel kunnen we het probleem van de cliënt oplossen?', omwille van tijdsdruk moeilijk te beantwoorden is gebruikmakend van de informatie van de vragenlijsten.

Desalniettemin ging CaH van start met de zelfgeselecteerde vragenlijsten. CaH gebruikte:

- de VSOG⁵⁶ (ouder- en kindversies),
- onderdelen van de OKIV-R⁵⁷ (ouder- en kindversie),
- onderdelen van de OBVL,⁵⁸
- de integrale VGFO.⁵⁹

De vragenlijsten worden na de intake voorgelegd aan de cliënt. De vragenlijsten worden een tweede keer voorgelegd op dag 25 van de begeleiding.

Het CaH-team koos ervoor om iedere begeleider in twee casussen de vragenlijsten te laten testen. De administratie ondersteunde, als het kon, de verwerking van de resultaten in BergOp.

In december 2011 was er een evaluatie van de vragenlijsten in teamverband. Ze werd grondig voorbereid door de hulpverleners, de werkbegeleiders en de ondersteunende administratie te bevragen over hun ervaringen met de vragenlijsten. Net zoals bij Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding en Thuisbegeleiding speelde Justine Meersseman een belangrijke rol bij de voorbereiding van de evaluatie.

6.4.2.1 Resultaten uit de tussentijdse evaluatie

- De kindversie van de VSOG kon niet gebruikt worden bij kinderen/jongeren die ouder zijn dan 14 jaar. Vele jongeren die door CaH worden begeleid zijn ouder dan 14 jaar. Dat werd aangevoegd als een zeer grote beperking waardoor de mogelijkheid om de vragenlijsten te testen ernstig werd beperkt.
- De doelstelling van twee testcases per hulpverlener werd niet gehaald. Begeleiders gaven aan dat mentale beperkingen en/of het anderstalig zijn van de cliënt redenen waren om de vragenlijsten niet aan de cliënt voor te leggen. Bovendien was de leerervaring beperkt voor de VSOG omdat de gevraagde twee cases per begeleider niet werden gehaald omwille van de leeftijdslimiet van de VSOG.
- De ervaren meerwaarde was gemengd. Een minderheid van de begeleiders ervaaarde al een meerwaarde en zou graag aan de slag gaan met het opstellen van doelen aan de hand van de vragenlijsten. De meerderheid gaf aan geen meerwaarde te ervaren.
- Het verwerken en interpreteren van de vragenlijsten nam 35 tot 45 minuten in beslag en was haalbaar. Wel werden problemen ervaren omdat de tijd tussen de afname en input in BergOp vaak te groot was, waardoor de informatie pas na de opmaak van het doelenplan ter beschikking kwam.
- Bovendien hadden sommige hulpverleners niet het gevoel dat ze de extra informatie die ze verzamelen met de vragenlijsten aankunnen. De vaardigheden om de vragenlijsten te

⁵⁵ Vanderfaeillie Johan, Implementatie van evidence-based praktijken in De Cocon vzw: stand van zaken en toekomstige ontwikkelingen, Gent, 2011 (Publicatie op de website De Cocon vzw en in jaarverslag 2011).

⁵⁶ Verkorte Schaal Ouderlijk Gedrag

⁵⁷ Ouder-Kind Interactie Vragenlijst - Revised

⁵⁸ Opvoedingsbelasting Vragenlijst

⁵⁹ Vragenlijst Gezinsfunctioneren Ouders

interpreteren hadden ze nog niet voldoende onder de knie. Rekening houdend met het beperkt aantal cases waarin de vragenlijsten konden worden gebruikt, is dat niet mogelijk. Toch hadden de hulpverleners het gevoel dat de resultaten van de vragenlijsten inhoudelijk aansloten op hun bevindingen.

- De keuze om delen van vragenlijsten te gebruiken beperkte de gebruiksvriendelijkheid van BergOp. Integrale vragenlijsten gebruiken vergroot de gebruiksvriendelijkheid.
- Het advies van de werkbegeleiders was om intervisiemomenten te organiseren waarin de vragenlijsten inhoudelijk grondig werden toegelicht (Wat brengen de vragenlijsten in kaart?) en waarin de interpretatie van de vragenlijsten werd geoefend.

6.4.2.2 De externe toetsing van de gebruikte instrumenten en het gebruik ervan

In december 2011 ging er een onderhoud door met Johan Vanderfaeillie. De set van vragenlijsten werd bijgestuurd. Besloten werd om de OBVL, de VSOG en de VGFO **integraal** te gebruiken om de gebruiksvriendelijkheid in BergOp te vergroten. Voor de jongere zal de OKIV-R worden gebruikt waardoor de leeftijdsgrens van de set vragenlijsten wordt opgetrokken tot 18 jaar. Besloten werd om van start te gaan met het gebruiken van de nieuwe vragenlijsten in alle cases.

De vragenlijsten sluiten zeer goed aan bij de centrale doelstelling van 'Families First' (FF). Hij raadde aan om toch van start te gaan met het opstellen van doelen aan de hand van de resultaten van de vragenlijsten. Dat zal de meerwaarde van de vragenlijsten vergroten voor de hulpverleners en de cliënt.

6.4.2.3 Tussentijdse teamevaluatie na gebruik van de 'nieuwe' set en de pilot handelingsgerichte diagnostiek

Het team gaf aan dat de vragenlijsten enerzijds niet gebruikt werden door een taalprobleem, een mentale beperking bij één van de ouders en/of het feit dat de crisis dusdanig groot was dat er op dat moment geen mentale ruimte is voor het invullen van de vragenlijsten.

Anderzijds werd hierbij ook opgemerkt dat het enthousiasme, het geloof van de begeleider in diagnostische vragenlijsten héél belangrijk was. Als de begeleider zijn eigen weerstand projecteert op de cliënt, dan wordt de onmogelijkheid van het gebruik van de vragenlijsten hierdoor mede gecreëerd.

De vragenlijsten goed kunnen gebruiken is belangrijk. Daarom werden in het voorjaar van 2012 drie trainingssessies georganiseerd om de vragenlijsten volledig onder de knie te krijgen.

Het vraagstuk of en op welke manier diagnostische vragenlijsten handelingsgericht konden worden ingezet binnen CaH, als hulpmiddel voor de opmaak van de doelstellingen samen met het gezin en voor de bepaling van eventuele vervolghulp, moest nog beantwoord worden. Om antwoorden op deze vragen te krijgen, werd in oktober 2012 van start gegaan met een '**pilot handelingsgerichte diagnostiek**'.

De pilot ging van start op 15 oktober 2012. De pilot had één doelstelling: achterhalen of de diagnostische vragenlijsten binnen CaH handelingsgericht kunnen worden ingezet qua inhoud, techniciteit en tijdinvestering.

Volgende verwerkingsmethodes werden getest:

- de begeleider gaf, de door de cliënt op papier ingevulde vragenlijsten, zelf in in BergOp;
- de cliënt vulde de vragenlijsten direct in op een laptop (via de webapplicatie BergOp);
- de door de cliënt op papier ingevulde vragenlijsten werden door de administratie in BergOp verwerkt. Om dit mogelijk te maken werden ze naar de administratie, die op een andere locatie zitten, via fax verstuurd;
- de cliënt ontving een e-mail met een persoonlijke link naar BergOp en vulde de vragenlijsten direct in BergOp in.

De pilotgroep bestond uit drie begeleiders en één werkbegeleider onder leiding van de projectverantwoordelijke. In zes casussen zou geprobeerd worden de diagnostische vragenlijsten handelingsgericht in te zetten.

Evaluatie en conclusies

Het invullen van de vragenlijsten en het bespreken van de resultaten zijn een hulpmiddel om in dialoog te treden met het gezin en/of om doelstellingen te formuleren. Het invullen van de vragenlijsten is moeilijk in situaties van een zeer hoge crisis, wat maakt dat het momenteel nog niet haalbaar was om dat bij elke begeleiding toe te passen. Daar waar het wel lukte zijn diagnostische vragenlijsten een hulpmiddel om tot doelstellingen te komen.

Het invullen van de vragenlijsten via de laptop, link via mail en fax kent heel wat beperkingen. Dat maakt de papieren versies momenteel tot de meest handige formule.

Voor het invullen van de laptop zou elk gezinslid een laptop ter beschikking moeten krijgen zodat de vragenlijsten op hetzelfde moment kunnen worden ingevuld. Indien dit niet het geval is, verliest men zeer veel tijd in de begeleiding omdat het essentieel werd gevonden dat de begeleider hulp kan bieden bij het invullen van de vragenlijsten (bijvoorbeeld toelichting bij bepaalde woorden en technische hulp).

Ook het invullen van een link via mail stuitte op dezelfde problemen.

Dat maakt de papieren versies momenteel tot de meest handige formule. Het systeem om dit, in functie van het inbrengen in BergOp, via fax naar de administratie te versturen was een te omslachtige en tijdrovende werkwijze. Het zelf ingeven van de gegevens bleek het eenvoudigst, maar niet altijd tijdig te lukken.

De ervaren problemen omwille van de te grote tijdsperiode tussen de afname en input in BergOp bleven aanwezig. Hierdoor was de informatie te vaak pas na de opmaak van het doelenplan ter beschikking. Ook voor de T2 meting op het einde van de begeleiding, was tijdig terugkoppelen vaak niet mogelijk en kon de informatie niet meegenomen worden voor het advies met betrekking tot vervolghulp.

Op basis van de resultaten van de pilot werden volgende afspraken gemaakt:

- De diagnostische vragenlijsten zullen hoofdzakelijk gebruikt worden voor effectmeting. Daardoor valt het spanningsveld van de tijdsdruk voor het verwerken van de vragenlijsten weg. De diagnostische vragenlijsten worden enkel handelingsgericht gebruikt indien de informatie op tijd beschikbaar is.
- De profielen worden besproken tijdens de werkbegeleiding (ook T1-T2 meting). Indien deze bespreking nieuwe informatie oplevert, moet dat besproken worden met het gezin.
- Omdat het interpreteren van de profielen oefening en training vergt, worden medewerkers extra ondersteund door een vorming/intervisie handelingsgerichte diagnostiek.

6.4.2.4 Ervaringen met de effectmeting in de Crisishulp aan Huis-setting - resultaten

Onder begeleiding van professor Johan Vanderfaillie (VUB) werd door masterstudente Lesley Maerschack een effectonderzoek in 2013 uitgevoerd in CaH in 'De Cocon' op basis van de voorheen verzamelde T1 en T2's.

De effectstudie spitste zich toe op de statistische veranderingen bij ouders en kinderen die een begeleiding door CaH achter de rug hebben in de periode 01-01-2012 tot 28-01-2013. De klemtoon lag op de doorgemaakte verandering gerapporteerd door de ouders (en stiefouders) en de kinderen via afname van de vragenlijsten VG&O en de OKIV-R. In deze benadering lag meteen ook de beperking vevat dat dit onderzoek steunde op zelfrapportage in plaats van bijvoorbeeld de multi-informantmethode waarbij meerdere bronnen inzichten verschaffen omtrent de problematiek.⁶⁰

Om een evolutie vast te stellen, werden eerst de instroomgegevens van de gezinnen in CaH onder de loep genomen. Het viel hierbij op dat er een grote lacune bestond bij de instroomgegevens omdat er onder andere geen vragenlijsten werden afgenomen van anderstalige gezinnen, gezinnen met analfabetisme en mensen met een mentale beperking, of dat de gezinssamenstelling het niet toeliet om ook vragenlijsten af te nemen van de vaders.

⁶⁰ Maerschack L, Effectonderzoek Crisishulp aan Huis (CaH) aangeboden door De Cocon vzw, masterthesis, 2013.

Het ging hierbij om mensen die bij de start van CaH, volgens de begeleiders, niet tot de mogelijkheden beschikten om de vragenlijsten zelfstandig te beantwoorden. Om een correcter totaalbeeld over de effectiviteit van CAH- te schetsen kan deze informatie nuttig zijn.

Ook stelden we een aantal methodologische fouten vast, waardoor de gegevens van enkele casussen in het kader van effectonderzoek onbruikbaar zijn. Een voorbeeld hiervan was een situatie waarbij de T1 werd afgenomen bij moeder en de T2 bij vader.

In functie van statistische aanvaardbaarheid van de conclusies was het aantal casussen heel beperkt. Door bijzondere technieken konden toch conclusies worden getrokken, maar werd ook de foutenmarge groter.

Op 26 november 2013 presenteerde Johan Vanderfaellie de resultaten op een teamvergadering. Dit leverde heel wat discussie- en reflectiemateriaal op.

Bij het bespreken van de resultaten stonden de volgende vragen centraal:

- Zijn de resultaten te plaatsen? (herkenning);
- Zijn ze te begrijpen? (verklaring);
- Zijn ze goed genoeg? (waardering);
- Welke verbeteracties zijn nodig? (verbetering).

6.4.2.5 *Eindevaluatie diagnostiek in Crisishulp aan Huis - januari 2014*

1. Het team gaf aan dat het overtuigd is om de meerwaarde van diagnostische vragenlijsten handelingsgericht te gebruiken, maar stelt vast dat het structureel handelingsgericht inzetten van diagnostische vragenlijsten vaak niet lukte om zowel casusgebonden redenen als omwille van technische redenen (tijdspanne tussen afname van de vragenlijsten en de verwerking en interpretatie van de gegevens). Soms was er een casus waarbij dit wel kan. Vooral de weinig beschikbare tijd in de diagnostische fase van CaH (drie dagen) en de crisis maken dit niet mogelijk. Ook de T2 handelingsgericht inzetten in functie van onderbouwen van vervolghulp is zelden gelukt. De T2 wordt op dag 25 van de 28 dagen durende begeleiding afgenomen, vroeger afnemen is niet zinvol.
2. Gelet op het feit dat de diagnostische vragenlijsten meestal niet handelingsgericht kunnen worden ingezet, betekent tevens dat dit geen meerwaarde creëert voor cliënten en dus ook niet altijd makkelijk uit te leggen is door gezinsmedewerkers.
3. Door bijzondere focus te leggen op de T1 en T2 meting zou het aantal casussen met T1 en T2 kunnen worden verhoogd, maar niet in die mate dat de statistische aanvaardbaarheid structureel verbeterd tenzij een structureel langere periode wordt genomen (bijvoorbeeld gegevens van verzamelde casussen over drie jaar).
4. De bespreking van de resultaten, ook al stelden deze heel wat vragen, was interessant als leerproces (reflectie, uitwisseling gedachten, hypothesen). Gezinsmedewerkers geven aan bewuster om te gaan met elementen uit de begeleiding.
5. De inspanning om ook gegevens te verzamelen over kwetsbare gezinnen, zoals anderstalige gezinnen, gezinnen met analfabetisme en mensen met een mentale beperking, is niet evident en zal een grote inspanning vergen van hulpverleners die zich op dat moment in een volle crisissituatie in het gezin bevinden. Bovendien is het jeugdhulplandschap in volle transitie omwille van het tweede decreet Integrale Jeugdhulp in Vlaanderen. Oost-Vlaanderen was door de Vlaamse regering aangeduid als voorstartregio voor de uitrol ervan. Het nieuwe jeugdhulplandschap was een feit in Oost-Vlaanderen op 16 september 2013. De andere provincies volgden op 1 maart 2014.
6. Voor door-ontwikkeling van de methodiek zou dit echter betekenen dat bij een proefwijziging van de methodiek op basis van onderbouwd giswerk, het pas drie jaar later mogelijk zou zijn om te kijken of er aantoonbare statistische verandering is ontstaan op een deeldomein (bijvoorbeeld positief ouderlijk gedrag). Hierbij moet tevens opgemerkt worden dat ook dan de vraag zich stelt of dit effect te wijten is aan de gehanteerde wijziging van de methodiek of omwille van de wijzigingen in het jeugdhulplandschap.

7. Indien we een wetenschappelijke standaard willen bereiken met betrekking tot de verzamelde gegevens, zal er daarnaast op tal van andere aspecten, zoals bijvoorbeeld programma-integriteit en doelgroep, een extra inspanning moeten worden geleverd.

Eindconclusie: Gelet op deze conclusies, de context, de transitie van het jeugdhulplandschap, en de zowel mentale als praktische energie die dit vereist, werd besloten werd om de effectmeting op basis van diagnostiek stop te zetten in CaH. Een aspect daarvan dat beleidsmatig in onze organisatie sterk meespeelde in deze beslissing is dat we vanaf 1 maart 2014 de indicatiestelling en dus de instroom niet meer zelf in de hand hebben aangezien dit de opdracht werd van het crisismeldpunt van het crisisnetwerk Integrale Jeugdhulp.

Een andere reden is omdat we er onvoldoende in slagen om de diagnostische vragenlijsten in CaH handelingsgericht in te zetten, waardoor ze een systematische meerwaarde betekenen in CaH-begeleidingen. Dit omwille van zowel casuïstieke redenen als omwille van technische redenen.

Mogelijks wijzigt de technische context. BergOp is in 2016 bezig om de vragenlijsten ook gebruiksvriendelijk afneembaar op tablets te maken. Hopelijk kunnen we dan in de toekomst via verschillende tablets de vragenlijsten gelijktijdig afnemen in het gezin. Het profiel kan dan met één druk op de knop worden gegenereerd.

6.4.3 Begeleid zelfstandig wonen

BZW had een uitzonderingspositie als het over diagnostiek gaat. Gedurende de zoektocht naar gepaste vragenlijsten hadden we geen vragenlijsten gevonden die aansloten op de kernopdracht van BZW, namelijk het begeleiden van minderjarigen bij het zelfstandig wonen en het aanleren van praktische vaardigheden.

Het team BZW had desalniettemin toch de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA) gekozen. Deze vragenlijst meet sociale angst en sociale vaardigheden bij adolescenten en volwassenen. Sociale vaardigheden zijn belangrijk bij het zelfstandig wonen. De IOA verzamelde informatie in de marge en zat niet op de centrale doelstelling, namelijk het aanleren van praktische vaardigheden aan jongeren die zelfstandig wonen.

Om deze lacune op te vullen ontwikkelde het BZW-team een CompetentieScoringsLijst (CSL). Deze scoringslijst moest het mogelijk maken om de competenties van een jongere aan het begin van een begeleiding in kaart te brengen en te vergelijken met de situatie op het einde van de begeleiding.

Op 16 januari 2012 ging er een gesprek door met Johan Vanderfaeillie om de ontwikkeling van de CSL te bespreken. Hij was bereid de ontwikkeling van de CSL te ondersteunen.

Een normering van deze vragenlijst was in theorie haalbaar. Concreet zouden we de volgende stappen moeten zetten:

- bij minimaal 40 respondenten, die samenvallen met de doelgroep van de CSL, een test- en hertest opzetten;
- de schalen van de vragenlijst herbekijken en de categorie 'niet van toepassing' weglaten;
- voldoende discriminerende items in de vragenlijst inbouwen;
- de alfaconsistentie van de items verifiëren en de niet-discriminerende items weglaten;
- een uitspraak doen over de validiteit van de CSL.

In afwachting was de ontwikkelde CSL slechts beperkt bruikbaar als meetinstrument om vooruitgang zichtbaar te maken. Het traject om te komen tot een gevalideerde en genormeerde vragenlijst vroeg een bijzondere inspanning.

Twee belangrijke vragen dienden we te beantwoorden.

Staat de inspanning die we moeten leveren om te komen tot een gevalideerde en genormeerde vragenlijst in verhouding voor ons tot de meerwaarde die dat oplevert? Indien ja, dan is de tweede vraag: 'Is dat op dit moment één van de prioriteiten?'

Alhoewel de CSL potentieel heeft, werd al snel duidelijk dat het ontwikkelen van de CSL tot een gevalideerd diagnostisch instrument niet evident zou zijn. Het ontwikkelen van de CSL is zeer tijdsintensief en vereiste bovendien een expertise die we niet bezaten en waarmee we het vrijwillig engagement van onze wetenschappelijke partner zouden overstijgen. Hierop werd, ondanks de toenmalige vraag van het team BZW, door de directeur besloten om deze piste niet te bewandelen.

BZW ging echter van start gaan met het gebruiken van de IOA en de CSL in functie van effectmeting. Hiervoor werd afgesproken dat deze instrumenten zouden getest worden via een mini-project waarbij de instrumenten in minimaal vijf casussen zouden worden getest.

6.4.3.1 Conclusies

Midden 2012 concludeerden we op dat de IOA niet bruikbaar is voor effectmeting aangezien ze informatie verzamelt in de marge van de hulpverleningsvorm BZW en niet op de centrale doelstelling, namelijk het aanleren van praktische vaardigheden aan jongeren die zelfstandig wonen. Het team besloot om voortaan de IOA enkel ad-hoc te gebruiken.

De CSL werd verder verfijnd door per leefgebied een schaal toe te voegen. Ook werd afgesproken dat er meer ruimte tot nuancering diende te komen. De CSL zou in alle nieuwe casussen worden toegepast met als doel een betere inschatting als bruikbaarheid van het instrument te kunnen maken.

De praktijk toonde echter aan dat de gegevens verkregen door de CSL in het kader van effectmeting onvoldoende bruikbaar waren. Het gebruik van de CSL werd in 2013 stopgezet.

6.4.4 Het spoedteam

Gelet op de kortdurende crisisinterventies (drie dagen voor crisisinterventie en maximaal 14 dagen voor de TNT-begeleidingen) die het spoedteam uitvoert in functie van vraagverheldering en eerste bemiddeling werd de logische keuze gemaakt dat effectmeting door middel van diagnostische vragenlijsten zinloos is. De nood binnen het spoedteam (Crisisinterventie en TNT), maar ook ruimer binnen Crisis hulp aan Huis was om een hulpmiddel te vinden in functie van de veiligheid in een gezinssituatie.

Deze taxatie van de veiligheid is een belangrijk moment dat de beslissingen die worden genomen worden onderbouwd. Onder impuls van de verdere uitbouw van de protocollen van beide modules en de feedback die het team kreeg van professor Johan Vanderfaellie (VUB), werd besloten om dit beslissingsmoment te onderbouwen aan de hand van duidelijke beslissingscriteria (voorjaar 2013). Deze beslissingscriteria zouden verrat moeten zitten in een al dan niet gevalideerd instrument. Na zoektocht naar een bruikbaar instrument heeft het Spoedteam in de LIRIK (Veiligheidsanalyse- en risicotaxatie-instrument) een bruikbaar instrument gevonden. Na de testfase in de praktijk van de LIRIK (gebruiksvriendelijkheid) werd door het spoedteam besloten om het gebruik van de LIRIK in te bedden in de methodiek, aangezien deze bruikbaar is als hulpmiddel om een betere risicotaxatie op te maken.

6.5 Globale evaluatie

Bij de invoering van diagnostiek werd, vertrekkende vanuit de effectladder, te veel accent gelegd op de effectmeting. Hierdoor werd verkeerdelijk de indruk gewekt dat het verbeteren van het diagnostisch proces slechts een bijzaak was. Dit werd doorheen het proces wel bijgestuurd, maar vergde tijd.

Het was veel beter geweest om in eerste instantie te focussen op de verbetering van het diagnostisch proces en slechts in tweede instantie op effectmeting. Het handelingsgericht gebruiken van diagnostische vragenlijsten en deze methodisch borgen, faciliteert de effectmeting. Indien de vragenlijsten enkel voor effectmeting en dus niet handelingsgericht kunnen worden gebruikt, wordt dit door begeleiders ervaren als een last zonder directe meerwaarde in het hier en nu.

Tevens moeten we vaststellen dat de implementatie van diagnostische vragenlijsten een proces is dat in het begin schromelijk werd onderschat en heel wat langer heeft geduurd dan oorspronkelijk voorzien. De invoering van de vragenlijsten heeft heel veel tijd en energie gekost omwille van het zoek- en leerproces, maar ook omwille van aanwezige weerstand ten aanzien van diagnostische vragenlijsten bij een deel van de medewerkers. Het zoek- en leerproces situeerde zich niet enkel bij het strikte gebruik

en interpretatie van de vragenlijsten, maar ook hoe ze aan te brengen bij de cliënt en ze te bespreken met de cliënt in een taal die de cliënt begrijpt.

Tijdens het implementatietraject werd vastgesteld dat enthousiasme en het geloof van de begeleider in diagnostische vragenlijsten héél belangrijk is. De begeleider moet zijn weerstand in vraag durven stellen en hem niet projecteren op de cliënt. De meerwaarde voor de hulpverlener op zich is sterk afhankelijk van zijn kunde om diagnostische vragenlijsten te gebruiken en profielen te interpreteren. Het gebruik van nog niet vlot beheerste technieken creëert een onnatuurlijke techniciteit in de begeleiding en weerstand ten aanzien van diagnostische vragenlijsten. Eens de techniek wordt beheerst, verdwijnt dit en wordt dit veel natuurlijker. De benodigde vaardigheden aanleren is zeer belangrijk.

De meerwaarde van het handelingsgericht gebruiken van diagnostische vragenlijsten die aansluiten bij het doel van de methodiek, is groot. Op voorwaarde dat ook de noodzakelijke randvoorwaarden aanwezig zijn zoals beschikbare tijd in het diagnostisch proces (afnemen en interpreteren) en ondersteunende hulpmiddelen zoals BergOp⁶¹.

Als aan de randvoorwaarden is voldaan, zijn de diagnostische vragenlijsten een duidelijke meerwaarde in de hulpverlening om de volgende redenen:

- De vragenlijsten genereren snel heel veel informatie over de cliënten. Soms wordt ook sociaal wenselijk geantwoord, maar dat zegt ook veel over de cliënt. De vragenlijsten zijn zeer bruikbaar om tijdens en na het invullen in dialoog te gaan over bepaalde thema's;
- De vragenlijsten vergemakkelijken de besluitvorming en zijn helpend om de beslissingen beter te onderbouwen. Het risico op een eigen mogelijke blinde vlek wordt hierdoor aanzienlijk verminderd, zeker na dubbelcheck via de werkbegeleiding;
- Als hulpmiddel voor de opmaak van doelen in dialoog met de cliënt;
- Als hulpmiddel voor het onderbouwen van eventuele vervolghulp;
- Als hulpmiddel om verandering aan de cliënt toonbaar te maken;
- De diagnostische vragenlijsten (profielen) zijn een goed hulpmiddel voor de werkbegeleiding om het gezin ten aanzien van de hulpverlener beter te kunnen inschatten.

Deze randvoorwaarden om diagnostische vragenlijsten handelingsgericht te gebruiken waren en zijn onvoldoende aanwezig binnen de setting van Crisishulp aan Huis. Hierdoor werd besloten om deze niet meer systematisch in te zetten maar wel ad-hoc te gebruiken.

Een niet verwacht effect van het gebruik van de diagnostische vragenlijsten is dat deze de positie van de cliënt versterkt. *“Het stellen van een kwaliteitsvolle diagnose hangt niet meer volledig af van het initiatief, de inzet en de vaardigheden van de individuele hulpverlener of van de individuele inzet van een cliënt die bereid is om spontaan informatie aan de hulpverlener te geven. De cliënt is veel minder afhankelijk van een individuele hulpverlener en dat geeft de cliënt een aantal zeer sterke troeven in handen”*⁶². De gebruikte vragenlijsten vermijden een te sterke probleemfocus en een te grote blinde vlek.

⁶¹ BergOp is een online-instrument dat de verwerking en interpretatie van de vragenlijsten faciliteert.

⁶² Libbrecht Bart, Zoeken naar passend bewijs voor de effectiviteit van de interventies van De Cocon vzw, gepubliceerd in Handboek integrale jeugdhulp, Politeia, Brussel, december 2011.

7 Doelrealisatie in kaart brengen

Om zicht te verwerven over in hoeverre de doelen in de hulpverleningsvorm worden behaald, werd gezocht naar goede indicatoren om de doelrealisatie in kaart te brengen. Een beperkt deel daarvan was reeds aanwezig in 'De Cocon'. Doelrealisatie-indicatoren leveren een kwantitatieve maat op voor de mate waarin een doel in de hulpverlening werd gehaald.

Volgende doelrealisatie-indicatoren zijn mogelijk:

- De mate waarin het hoofddoel van de interventie werd behaald;
- De mate waarin cliënten zonder of met minder zware hulp verder kunnen (uitstroom). Ook is het belangrijk om eveneens zicht te verwerven over de uitval;
- De mate waarin met de cliënt overeengekomen hulpverleningsdoelen gerealiseerd zijn;
- De mate waarin problemen van de cliënt verminderd zijn en/of de competenties/zelfredzaamheid van de cliënt vergroot zijn.

De invoering van diagnostische vragenlijsten zorgde ervoor dat we het instrumentarium hebben geïmplementeerd om op termijn valabele uitspraken te doen op dit laatste item.

7.1 De mate waarin het hoofddoel van de interventie werd behaald

7.1.1 Crisishulp aan Huis

Bij de start van het E-project hadden we enkel voor Crisishulp aan Huis (gebaseerd op Families First) een duidelijk einddoel.

Crisishulp aan Huis als methodiek heeft als doel uithuisplaatsing te vermijden. Daarom worden op het einde van de hulpverlening twee elementen in kaart gebracht die zicht geven of deze doelstelling 'op methodiekniveau' behaald wordt:

- Woont de aangemelde minderjarige op het einde van de begeleiding thuis?
- Is er al dan niet een advies voor uithuisplaatsing?

De doelstelling tot vermindering van uithuisplaatsing wordt dus gehaald indien het aangemelde kind na afsluiting van de hulp bij (één van) de ouders blijft wonen zonder dat er plannen (met inbegrip van een advies) tot uithuisplaatsing zijn.

Bij het einde van de begeleiding wordt op deze vragen geantwoord door de begeleiders. Aangezien het ja/nee- vragen zijn, is de indicator duidelijk.

Dit levert een kwantitatief cijfer op, zie voorbeeld:

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
% uithuisplaatsing vermeden in CaH	73,6%	72,5%	ONB ⁶³	ONB ⁶⁴	73%	75,8%

7.1.2 Crisisinterventie en Terugkeer Naar Thuis-begeleiding

Voor Crisisinterventie en Terugkeer Naar Thuis was er initieel geen resultaatsindicator. In 2013 werd na advies van prof. Johan Vanderfaellie de volgende resultaatsindicator bepaald: namelijk de opvolging van het geformuleerde eindadvies aangezien beide hulpverleningsvormen 'diagnostische' hulpverleningsvormen zijn.

Het wel of niet opvolgen van het eindadvies is dan een indicator over de effectiviteit van de hulpverlening.

Concreet betekent dit dat drie weken na het einde van de begeleiding telefonisch contact wordt opgenomen met één van de betrokken opvoedingsverantwoordelijken.

In dit telefonisch contact wordt bevraagd:

⁶³ Geen gegevens beschikbaar vermits registratie verplicht gebeurde in BINC (Beleid in Cijfers) en een fout in de software van BINC heeft geleid dat er geen rapporten beschikbaar waren in Binc.

⁶⁴ idem

- of de hulp is uitgevoerd zoals afgesproken;
- of de cliënt nog gemotiveerd is om de hulp uit te voeren;
- zo nee, waarom niet? In dit geval wordt ook de minderjarige gecontacteerd.

In de loop van 2013 werd gestart met de registratie van deze resultaatsindicator en werd getest of deze informatie opleverde. Een vraag was of er voldoende opvoedingsverantwoordelijken bereid zouden zijn om deze vragen te beantwoorden.

Dit bleek geen probleem te zijn. Vanaf 2014 werd deze indicator systematisch bevraagd.

Onderstaande tabel toont de resultaten sinds 2014:

7.1.2.1 Crisisinterventie

	Bereikte gezinnen bij follow-up	Vervolg hulp uitgevoerd zoals geadviseerd bij bereikte gezinnen
2014	91%	87%
2015	100%	75%

Indien de vervolghulp niet uitgevoerd werd zoals geadviseerd bij bereikte gezinnen werd in kaart gebracht wat de reden hiervan was. Dit leverde volgende resultaten op:

	Vervolg hulp niet uitgevoerd omwille van wachtlijsten of praktische redenen	Vervolg hulp niet uitgevoerd omwille van motivatie, draagkracht, nieuwe crisis, ...
2014	66,7%	33,3%
2015	50%	50%

7.1.2.2 Terugkeer Naar Thuis

	Bereikte gezinnen bij follow-up	Vervolg hulp uitgevoerd zoals geadviseerd bij bereikte gezinnen
2014	77%	79%
2015	100%	92%

Indien de vervolghulp niet uitgevoerd werd zoals geadviseerd bij bereikte gezinnen werd in kaart gebracht wat de reden hiervan was. Dit leverde volgende resultaten op:

	Vervolg hulp niet uitgevoerd omwille van wachtlijsten of praktische redenen	Vervolg niet uitgevoerd omwille van motivatie, draagkracht, nieuwe crisis, ...
2014	80%	20%
2015	50%	50%

Deze indicatoren zijn hard genoeg om de resultaten aan te tonen.

7.1.3 Thuisbegeleiding en Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding

Aangezien de hoofddoelen van Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding en van Thuisbegeleiding niet hard genoeg waren omschreven in de methodiek, was het onmogelijk om doelrealisatie op hoofddoel te registreren.

Eind 2015 lieten we ons inspireren door het hoofddoel zoals geformuleerd in de methodiek Intensieve ambulante Gezinsbehandeling.

“Het hoofddoel van zowel Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding als Thuisbegeleiding is dat de kinderen in het gezin thuis kunnen blijven wonen of opnieuw thuis kunnen wonen. Deze thuissituatie

*voorziet in de minimale basiszorg, waarbij sprake is van adequate fysieke, psychische en affectieve omstandigheden voor de kinderen en die daarmee ook voldoende veilig is.*⁶⁵

Gelet op het hoofddoel brengen we conform Crisishulp aan Huis op het einde van de hulpverlening twee elementen in kaart die zicht geven of deze doelstelling 'op methodiekniveau' behaald wordt:

- Woont de aangemelde minderjarige op het einde van de begeleiding thuis?
- Is er al dan niet een advies voor uithuisplaatsing?

De doelstelling wordt gehaald indien het aangemelde kind na afsluiting van de hulp bij (één van) de ouders blijft wonen zonder dat er plannen (met inbegrip van een advies) tot uithuisplaatsing zijn.

Op 1 januari 2016 werd gestart met de registratie van dit einddoel.

7.1.4 Conclusies

Indien het hoofddoel van de methodiek scherp omschreven werd, is deze doelrealisatie-indicator gemakkelijker om te registreren aangezien je het hoofddoel kan hertalen in ja/nee-vragen. De doelrealisatie wordt hierdoor objectief en hard.

De discussie om het hoofddoel van een methodiek scherp te beschrijven is echter niet eenvoudig. Een belangrijke les is dat het scherp krijgen van het hoofddoel en ook de subdoelen (aan welke thema's wordt gewerkt om het hoofddoel te verwezenlijken) het bepalen van resultaatsindicatoren aanzienlijk vereenvoudigd. Dit wordt de doelenhiërarchie genoemd.

7.2 De mate waarin cliënten zonder of met minder zware hulp verder kunnen (uitstroom)

De manier waarop de hulpverlening wordt afgesloten is een resultaatsindicator van de hulpverlening. Deze indicator doet geen uitspraak over de kwaliteit van de hulpverlening, maar levert een maat op die een interpretatie van het resultaat en effectiviteit van de hulpverlening mogelijk maakt. Concreet betekent dit dat de door-, uitstroom en uitval worden geregistreerd en dat het opgeleverde cijfer wordt geïnterpreteerd. Deze indicator is ook bruikbaar binnen wetenschappelijk onderzoek. Op het einde van de hulpverlening wordt geregistreerd op welke manier de hulpverlening afgesloten werd.

Uitval is om diverse redenen een belangrijke indicator om in kaart te brengen. Dit omdat het effect van interventie niet goed te meten is als de interventie vroegtijdig en onbedoeld wordt beëindigd omwille van negatieve redenen. Tevens geeft uitval indicaties over mogelijke ontevredenheid van cliënten. Ook kan er sprake zijn van een mismatch tussen hulpvraag en aanbod.

Volgende definities in functie van registratie werden in de loop van 2013 bepaald en vanaf 2014 geregistreerd:

Uitstroom: afsluiten van de hulpverlening naar geen of minder zware hulpverleningsvormen.

Doorstroom: afsluiten van de begeleiding naar andere hulpverlening binnen de BJB.

Uitval: de hulpverlening wordt vroegtijdig en onbedoeld stopgezet omwille van negatieve redenen.

Deze indicator werd gemakkelijk geïmplementeerd in Crisishulp aan Huis, Thuisbegeleiding en Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding en vereiste geen grote inspanning van de hulpverleners. Maar...

Bij de bespreking van de geregistreerde gegevens van 2014 (voorjaar 2015) kwamen vragen die de zuiverheid van de registratie in vraag stelden. Dit heeft gevolgen voor de interpretatie ervan.

Twee oorzaken hiervoor werden vastgesteld. De eerste oorzaak ontstond omwille van de hervorming van het jeugdhulplandschap. Oude 'werkvormen' verdwenen. Het landschap werd ingedeeld in een hernieuwd rechtstreeks en onrechtstreeks aanbod, waardoor bijvoorbeeld de interpretatie van een minder zware vervolghulp niet meer eenduidig was.

Een tweede oorzaak had te maken met de langdurige Thuisbegeleiding. Deze bevat geen methodisch voorgeschreven eindtermijn. Het toewerken naar een residentiële plaatsing omwille van casuïstieke

⁶⁵ Nederlands Jeugdinstituut, Methodiekhandleiding IAG, 2013

redenen in consensus met de cliënt binnen een begeleiding, riep vragen op in functie van registratie. Is dit uitval of doorstroom?

Daarom besloten we om de definities beperkt aan te passen in functie van het creëren van eenduidigheid bij de registratie.

Met ingang van 1 januari worden volgende definities gehanteerd.

1. Uitval

De hulpverlening wordt **vroegtijdig en onbedoeld** stopgezet **omwille van negatieve redenen**.

Vroegtijdig betekent een vervroegde afsluit ten opzichte van de reguliere beëindiging van de hulp (conform methodiek).

Mogelijke negatieve redenen zijn:

- Eénzijdige beslissing van cliëntensysteem of hulpverleners om te stoppen ondanks dat hulp nog steeds noodzakelijk is volgens verwijzer en/of hulpverlener;
- Onveilige situatie waarbij de veiligheid van één of meer gezinsleden, en/of van de gezinsmedewerker niet kan worden gewaarborgd;
- Uithuisplaatsing van het kind/de jongere tijdens de begeleiding omdat de problemen in het gezin zo ernstig zijn dat ze alleen door een uithuisplaatsing kunnen opgelost worden: bijvoorbeeld pleegzorg, begeleidingstehuis, OOC, internaat (niet indien onderwijs de reden is, wel indien het residentiële aspect van belang is), CKG, psychiatrie, enz.;
- Een doorverwijzing naar residentiële opvang die verdere pedagogische begeleiding aan huis zinloos maakt;
- Hulpverlening kan niet worden uitgevoerd zoals afgesproken (bijvoorbeeld gedurende x-aantal weken geen contact met cliënt, verdwijning van de cliënt, ...);
- Foute indicatiestelling;
- ...

Uitval kan ook om omstandigheden/redenen losstaand van de begeleiding/(gezins)functioneren:

(bijvoorbeeld langdurige ziekenhuisopname van kind/jongeren of een alleenstaande opvoedingsverantwoordelijke; overlijden na ongeval van kind/jongeren of een opvoedingsverantwoordelijke, opname van een opvoedingsverantwoordelijke in de psychiatrie, verhuis uit de regio, opname internaat van het kind/jongere indien onderwijs de reden is, ...

Dit wordt genoteerd bij **uitval losstaand van begeleidingsredenen**.

2. Uitstroom

Afsluiten van de hulpverlening naar **geen of minder zware hulpverlening**. Minder zware hulpverlening betreft:

- Rechtstreeks toegankelijke ambulante of mobiele vervolghulp.

Een openstaand dossier binnen de jeugdrechtbank of gemandateerde voorziening zonder een geldende maatregel wordt ook als uitstroom beschouwd.

NOOT: Voor Thuisbegeleiding is een overgang naar een andere rechtstreeks toegankelijke BJB-thuisbegeleidingsdienst doorstroom en geen uitstroom.

3. Doorstroom

Afsluiten van de begeleiding naar **gelijkaardige of zwaardere hulpverlening**:

- residentiële opvang: pleegzorg, begeleidingstehuis, OOC, internaat (niet indien onderwijs de reden is, wel indien het residentiële aspect van belang is), CKG, psychiatrie, MPI, enz.
- niet rechtstreeks toegankelijke jeugdhulp.

Het betreft hier doorstroom **na de reguliere duur** van de begeleiding naar gelijkaardige of zwaardere hulpverlening (CaH, IKT en CBAW) of een bedoelde en in consensus afgesproken stopzetting in thuisbegeleiding naar gelijkaardige of zwaardere hulpverlening. Voor Thuisbegeleiding is een overgang naar een andere rechtstreeks toegankelijke BJB-thuisbegeleidingsdienst doorstroom en geen uitstroom.

7.3 De mate waarin met de cliënt overeengekomen hulpverleningsdoelen gerealiseerd zijn

Bij onderzoek naar doelrealisatie staat de vraag centraal of de hulpverleningsdoelen die met de ouders en/of de jeugdige zijn gesteld ook daadwerkelijk zijn bereikt. Het is een belangrijke vorm van effectonderzoek. Immers, het bereiken van de doelen van de hulp vormt een cruciale toetssteen om al dan niet van geslaagde hulp te spreken.⁶⁶

Methodisch worden bij de opmaak van het handelingsplan (ook weleens doelenplan of samenwerkingsovereenkomst genoemd) samen met de cliënt doelstellingen bepaald rekening houdend met de vraag van de cliënt, maar ook met wat noodzakelijk is (bijvoorbeeld doelstelling geformuleerd door de jeugdrechter).

De hulpverlener zoekt samen met de cliënt een indicator die het mogelijk maakt om te achterhalen of een doel gehaald werd of niet. Hulpverleningsdoelen worden daarom zo SMART⁶⁷ mogelijk geformuleerd en bijgehouden, zodat op één of andere manier kan worden waargenomen of een verandering in de realiteit in de richting gaat van of samenvalt met wat wordt nagestreefd in een taal die de cliënt begrijpt. Op het einde van de hulpverlening wordt dan door de cliënt in samenspraak met de begeleider gescoord of het doel al dan niet gehaald is. Het hulpverleningsdoel is een streefbeeld en geeft de richting aan voor een mogelijke oplossing. Het doel fungeert als inspiratiebron, leidraad en geweten.

De hulpverleningsdoelen (beoogde resultaat) van de cliënt worden in 'De Cocon' SMART geformuleerd. Op het einde van de begeleiding wordt samen met de cliënt geëvalueerd of het doel al dan niet behaald wordt.

Omdat SMART-doelstellingen reeds ingebed waren in het hulpverleningsproces, dachten we dat de stap naar effectmeting op methodiekniveau niet zo moeilijk zou zijn. Werd het doel behaald: ja of nee?

Wanneer we dit nader bekeken, bleek dit niet zo eenvoudig te zijn:

- Hulpverleners merkten op dat de meting van de doelrealisatie alles of niets was (behaald of niet behaald) en vroegen achter de mogelijkheid tot nuancering.
- De vraag stelde zich eveneens wie binnen een gezin het hulpverleningsdoel scoort? Vader, moeder, jongere of allemaal? En wat als ze het niet met elkaar eens zijn?
- Ook waren we er ons snel van bewust dat één abstract globaal cijfer ons met betrekking tot de behaalde doelen ons weinig informatie zou verschaffen over verbeterpunten in de methodiek, vermits er een grote verscheidenheid is aan hulpverleningsdoelen in verschillende cliëntsystemen?

Om de mogelijkheid tot nuancering in de doelrealisatie in te bouwen werd gezocht achter een methode. Dit was de Goal Attainment Score (GAS). De methode is genuanceerder omdat ze een onderscheid maakt tussen gehaalde doelen (gewenste situatie), deels gehaalde doelen (verbeterde situatie), een status quo en een achteruitgang (verslechterde situatie). Een onderdeel daarvan werd reeds gebruikt in 'De Cocon' door het te halen hulpverleningsdoel als de gewenste situatie te beschrijven in de verslaggeving.

De GAS is in theorie duidelijk en wordt goed beschreven in het boek 'Voor het goede doel'⁶⁸, maar we stelden vragen omtrent de gebruiksvriendelijkheid voor de hulpverlener en bruikbaarheid in onze setting.

Principieel werd door de directie het standpunt ingenomen dat de verfijning van deze doelrealisatie-indicator een doelstelling is, maar dat dit niet noodzakelijk via de GAS moet gebeuren. Schaalvragen kunnen echter niet in de plaats komen omdat dit geen harde maat is, maar beleving in kaart brengt.

⁶⁶ Van Yperen T, Bijl, B en Veerman J.W., Opzet van praktijkgestuurd onderzoek opgenomen in van Yperen T. en Veerman J.W., Zicht op effectiviteit, handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg, Eburon, Delft, 2008, p.209-243

⁶⁷ Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden

⁶⁸ van Yperen T. en van der Steege M., Voor het goede doel, Werken met hulpverleningsdoelen in de jeugdzorg, (Nederlands Jeugd Instituut), Uitgeverij SWP, Amsterdam, 2006.

In het najaar van 2011 werd afgesproken dat we de haalbaarheid en bruikbaarheid van de GAS zouden testen in de verschillende hulpverleningsvormen.

Om discussies tussen vader, moeder en jongere te vermijden bij het beoordelen van het hulpverleningsdoel werd afgesproken dat zowel de gewenste situatie, de verbeterde situatie als de bestaande situatie SMART werden geformuleerd.

In een eerste voorzichtige implementatie werd vastgesteld dat het niet evident is om concrete vragen met betrekking tot deze toepassing van de GAS te beantwoorden en dat de nodige praktijkervaring daarrond ontbrak. Ook stelden we vast dat het SMART formuleren van hulpverleningsdoelen voor een deel van onze begeleiders moeilijk bleef, in het bijzonder om de bestaande en verbeterde situatie SMART te formuleren. Ook stelden we vast dat niet alle doelstellingen SMART werden geformuleerd.

In het kader van het Vlaams beschrijvend en praktijkgericht effectonderzoek inzake de kortdurende thuisbegeleiding binnen de Bijzondere Jeugdbijstand, werd verwacht dat alle kortdurende Thuisbegeleidingsdiensten in Vlaanderen gedurende een 9 tal maanden de GAS zouden toepassen.

Op het beleidsteam werd afgesproken dat we de toepassing van de GAS zouden verkennen door enerzijds de ervaring mee te nemen die we opdoen met de GAS in het kader van het onderzoek Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding en door anderzijds een werkbezoek te organiseren bij voorzieningen die de GAS gebruiken. In het ideale scenario zouden alle teams op hetzelfde moment met de implementatie starten en kunnen we hier rond een intervisiegroep starten in functie van het delen van ervaringen, oplossen van knelpunten en evalueren van de bruikbaarheid en haalbaarheid.

Voorafgaand aan het werkbezoek werd door de projectverantwoordelijke de in 'De Cocon' reeds gebruikte systemen, waarbij elementen uit de GAS werden gebruikt, in kaart gebracht.

Ervaring opgedaan tijdens het onderzoek binnen Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding leerde ons dat het geen evidentie is om de doelstellingen om te zetten in een GAS-score. Dit vereist een grote kunde die tijd vergt om aan te leren. Hulpverleners gaven tevens aan dat het gebruik van de GAS bevreemdend overkwam voor cliënten, meer bepaald het SMART formuleren van de bestaande situatie en de gewenste situatie. Ook hier stelden we vast dat het gebruik van een nog niet vlot beheerste techniek, onnatuurlijke techniciteit in de begeleiding en weerstand creëert. Eens de techniek wordt beheerst, verdwijnt dit en wordt dit veel natuurlijker. Dit is mogelijk ook voor de GAS-techniek van toepassing.

Op 25/12/2012 gingen we op werkbezoek naar de Nederlandse jeugdinstantie Jeugdformaat met alle coördinatoren en werkbegeleiders. Met betrekking tot het gebruik van de GAS hebben we vastgesteld dat dit bij Jeugdformaat nog niet stevig was uitgewerkt en dat we op basis van de bespreking hier niet zoveel uit geleerd hebben. De reden daarvoor was dat ze aangaven dat het, ook voor hen, niet evident was dit te implementeren. Wel gaven ze aan dat het van groot belang was dat de doelenhiërarchie goed moet zitten (einddoel en subdoelen van de methodiek⁶⁹), zodat classificatie van de doelen aansluitend bij de doelen van de methodiek eenvoudiger wordt en bruikbare informatie oplevert op het niveau van de subdoelen.

Gelet op de, op dat tijdstip, nakende grote hervorming van het jeugdhulplandschap en hervormingen in de bijzondere jeugdbijstand omwille van het experimenteel modulair kader en de geplande interne reorganisatie om op deze veranderingen in te spelen, werd besloten om deze vorm van de GAS⁷⁰ als dusdanig niet te implementeren in de organisatie, maar wel uit te kijken naar gebruiksvriendelijke manieren om deze indicator voor doelrealisatie in kaart te brengen.

⁶⁹ Een voorbeeld van een goede doelenhiërarchie is deze zoals gebruikt in CaH (Families First). Het doel van Families First is de aanwezige crisis op te lossen en de veiligheid in het gezin te vergroten, teneinde een uithuisplaatsing van een of meer van de kinderen te voorkomen. Dit wordt bereikt via de volgende vijf subdoelen: 1) De gedragsproblemen van de jeugdigen zijn verminderd; 2) De competenties van de gezinsleden zijn vergroot; 3) De ervaren opvoedingsbelasting bij de ouders is verminderd; 4) De opvoedingsvaardigheden van de ouders zijn verbeterd en 5) De gezinsleden maken meer gebruik van hun sociale netwerk. (Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Families First'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies - December 2013).

⁷⁰ Waarbij naast de gewenste situatie, ook de verbeterde situatie als de bestaande situatie SMART worden geformuleerd.

Twee andere redenen speelden hierbij ook. De eerste hiervan was de eigen ervaring dat de GAS niet eenvoudig is om te implementeren, gecombineerd met signalen van verschillende medewerkers dat ook de andere onderdelen van het E-project heel wat inspanning kosten (en hadden gekost) en dat een bijkomend 'sub'-project het leervermogen en draagkracht van deze medewerkers overschreed.

Tot op heden werden geen nieuwe stappen in deze doelrealisatie-indicator gezet.

8 Clïenttevredenheid

In het hulpverleningsproces zijn de cliënten, en de hulpverlener de belangrijkste actoren in het dagdagelijks vorm geven van de hulpverlening.

De cliënttevredenheidsmeting moet in het kader van de aantoonbaarheid effectiviteit bestaan uit twee componenten:

- een ervaring van effectiviteit;
- en een gevoel van tevredenheid over de geboden hulp.

De ervaren effectiviteit heeft te maken met de indruk die bij cliënten bestaat dat de geboden hulp heeft geleid tot een vooruitgang op gebieden die voor cliënten belangrijk zijn (bevragen causaliteit hulpverlening - resultaat, en de reden waarom de causaliteit er is).

Onder tevredenheid begrijpt men de mate waarin ouders en jongeren een gevoel van tevredenheid hebben over de geboden hulp en de manier waarop ze werd aangeboden (proces).

8.1 Het belang van cliënttevredenheidsmeting

Clïenttevredenheidsmeting is om verschillende redenen belangrijk. Een systematisch verzameld beeld over tevredenheid van cliënten over de genoten hulpverlening plaatst individuele klachten over en incidenten in perspectief. Tevens kan informatie over tevredenheid aanleiding geven voor een verdiepend onderzoek naar aangrijpingspunten in functie van kwaliteitsverbetering.

De cliënttevredenheidsbevraging draagt bij aan vier verschillende doelstellingen:

- Aan cliënten de mogelijkheid te geven om het resultaat van de hulp te beoordelen.
- Om inzicht te krijgen in de tevredenheid van cliënten, zodat hiermee gewerkt kan worden aan kwaliteitsverbetering.
- De dialoog tussen cliënten en hulpverleners over de tevredenheid binnen 'De Cocon' te stimuleren.
- Om inzicht in de resultaten van de gebruikte methodiek te verwerven.

In het kader van effectonderzoek (uitspraken over effectiviteit) is dit echter de minst valide resultaatsindicator. Zo is bekend dat de waardering van de hulp over het algemeen behoorlijk positief is. Uit de literatuur is bekend dat cliënttevredenheidsonderzoek met de nodige voorzichtigheid moet geïnterpreteerd worden omdat cliënttevredenheidsonderzoek een aantal valkuilen kent. Tom Van Yperen, Bas Bijl en Jan Willem Veerman geven vijf mogelijke valkuilen weer:⁷¹

"In de eerste plaats gaat het doorgaans om retrospectief onderzoek. Omdat alleen aan het einde van de hulp om een oordeel wordt gevraagd, moeten de cliënten terugkijken. Het is nog maar de vraag of zij dat op de goede manier doen en of hun geheugen hen niet in de steek laat.

Een tweede probleem is het hello-goodbye-effect. Dit betreft de ervaring dat mensen bij het begin van de behandeling hun best doen om de problemen die ze ervaren zo compleet mogelijk over te brengen en de ernst ervan te benadrukken. Aan het eind van de behandeling vinden ze het over het algemeen moeilijk om negatieve dingen te moeten zeggen tegen iemand die zich zo heeft ingespannen die problemen te verhelpen, wat leidt tot de neiging de problemen als minder ernstig in te schatten. Het kan dus zijn dat er weinig tot niets veranderd is, maar dat de cliënt toch zegt tevreden te zijn.

Het derde probleem bestaat uit het halo-effect: cliënten die tevreden zijn over één aspect van de hulp (bijvoorbeeld de bejegening) generaliseren dit over allerlei andere aspecten (bijvoorbeeld de resultaten, hoewel die misschien helemaal niet zo geweldig zijn).

Een vierde probleem wordt gevormd door de positieve of negatieve vertekening die cliënten systematisch in hun antwoorden kunnen verpakken. Sommige mensen hebben nu eenmaal een positievere kijk op het leven dan anderen.

⁷¹ Van Yperen T, Bijl, B en Veerman J.W., Opzet van praktijkgestuurd onderzoek opgenomen in van Yperen T. en Veerman J.W., Zicht op effectiviteit, handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg, Eburon, Delft, 2008, p.209-243

*Ten vijfde speelt selectieve uitval van cliënten mogelijk een rol. Hiermee wordt bedoeld dat tevreden cliënten oververtegenwoordigd zijn in de onderzoekspopulatie; zij hebben goede ervaringen met de hulp en de hulpverleners en zijn daardoor meer geneigd om hun mening te geven. Aan de andere kant zullen cliënten die minder goed te spreken zijn over de ontvangen hulp minder geneigd zijn om vragenlijsten in te vullen. Non-respons van deze laatste categorie zorgt voor een vertekend beeld. Non-respons komt bij de huidige cliënttevredenheidsmetingen in de praktijk nog vaak voor. Niet zelden ligt het responspercentage onder de vijftig procent. Dan is het oppassen geblazen bij de interpretatie.*⁷²

Binnen cliënttevredenheidsonderzoeken is het kwalitatief interview uitgevoerd door een onafhankelijke persoon (niet gebonden aan de organisatie) het best. Omwille van de kostprijs hiervan werd hiervoor niet gekozen. De keuze viel op een tevredenheidsmeting via het invullen van een vragenlijst.

8.1.1 De keuze voor de instrumenten

De tevredenheidsmetingen zoals gebruikt door 'De Cocon' tot en met 2011 doorstonden de toets naar bruikbaarheid in dit kader en 'wetenschappelijke' validiteit niet. Afspraak was dat het team tegen eind 2011 een cliënttevredenheidsmeting moest hebben die bestond uit de twee componenten: ervaren van effectiviteit en een gevoel van tevredenheid over de geboden hulp.

Volgende criteria voor de vragenlijst werden bepaald:

- De standaardvragenlijst moet beknopt zijn (in functie van het verhogen van de kans op invullen). Diepteonderzoek of specifiek onderzoek over bijvoorbeeld het intakegesprek is mogelijk, maar naast de 'standaard' vragenlijst en bij voorkeur eerder projectmatig (van tijdelijke aard).
- De gebruikte vragenlijsten dienen tevens wetenschappelijk gevalideerd te zijn.

De projectverantwoordelijke informeerde in Nederland (Praktikon) welke tevredenheidsmetingen daar werden gebruikt. Twee tevredenheidsmetingen werden gevonden namelijk de BESTE (beoordelingsschaal tevredenheid en effect) en de EXIT-vragenlijst, ontwikkeld door de Stichting Alexander in opdracht van de MO-groep.

Uiteindelijk koos CaH, TB en IKT, de BESTE. BZW koos voor de EXIT-vragenlijst. Tevens werden afspraken gemaakt over het tijdstip van bevraging van de cliënten.

Vanaf 1 januari 2012 werd gestart met de meting. Volgende praktische afspraken werden gemaakt:

De begeleider bezorgde de laatste week van de begeleiding de vragenlijst aan de cliënten (ouders en jongere vanaf 12 jaar). Voor BZW is dit enkel aan de jongere. In CaH wordt de vragenlijst vaak op het laatste gesprek afgegeven (gezien de reeds korte tijd van de begeleiding) en wordt aan gezinsleden gevraagd om dit op te sturen naar 'De Cocon'. De cliënt krijgt daarvoor een naar 'De Cocon' geadresseerde omslag met postzegel.

De cliënttevredenheidsmetingen worden individueel ingevuld door de ouders en door de jongere.

De gezinsleden krijgen de tijd om het document in te vullen. Op het laatste huisbezoek neemt de begeleider het document, onder gesloten omslag, terug mee naar 'De Cocon'. Indien de cliënt dit niet meegeeft aan de begeleider dan vraagt de begeleider om dit alsnog met de post op te sturen.

De begeleider bezorgt deze omslag aan het secretariaat, welke instaat voor de verwerking ervan. Indien de cliënt de vragenlijst niet meegeeft aan begeleider dan bezorgt de begeleider een formulier aan het secretariaat waarop genoteerd staat dat er geen formulier(en) werden ingevuld.

De gebundelde resultaten worden besproken op het kwaliteitsoverleg.

Vanaf 2016 werd gekozen om de BESTE niet meer te gebruiken en voor zowel Crisishulp aan Huis, Thuisbegeleiding, Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding als Contextbegeleiding in functie van Autonom Wonen voortaan de EXIT-vragenlijst te gebruiken.

Deze keuze werd gemaakt om diverse redenen.

⁷² Van Yperen T, Bijl, B en Veerman J.W., Opzet van praktijkgestuurd onderzoek opgenomen in van Yperen T. en Veerman J.W., Zicht op effectiviteit, handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg, Eburon, Delft, 2008, p.209-243

De score in de BESTE met betrekking tot ervaren effectiviteit wordt berekend. Een berekende score van 12 of meer duidt op een positief ervaren resultaat door de cliënt. De berekening met betrekking tot de score van de ouders is duidelijk en betrouwbaar. De berekeningsmethode voor de score van de jongere was onduidelijk, waardoor we geen conclusies konden trekken op basis van het verkregen cijfer.

Deze onduidelijkheid met een verschil tussen de vragenlijst en de handleiding. Bij de jongerenversie staan er vijf vragen in plaats van vier zoals voorgeschreven in de handleiding uit 2004 en zoals terug te vinden op de website van het Nederlands Jeugdinstituut. Een recentere handleiding hadden we niet gevonden.

Een ander knelpunt was dat de 'BESTE' geen schaal bevat rond tevredenheid maar twee van elkaar losstaande vragen: tevredenheid over duur van de begeleiding en of men de hulpverlening zou aanraden aan derden. Dit laatste item gaf problemen binnen Crisishulp aan Huis in functie van de vaststelling dat enkele cliënten deze vraag fout interpreteerden. Omwille van het feit dat er geen schaal aanwezig is, konden we ook geen kengetal genereren, die benchmark mogelijk maakt.

Bijkomend werden de tevredenheid over de items hulpverleningsprocessen, hulputvoering, inspraak en participatie niet gemeten. In het recente sectoraal uitvoeringsbesluit voor het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003 geeft één van de groeiveaus aan dat je dit groeiveau pas kan bereiken indien een organisatie de tevredenheid van zijn cliënten meet op deze items. De BESTE doet dit niet.

9 De bouwstenenmethode

De derde doelstelling van het E-project was een methode implementeren om de methodieken in de toekomst verder te ontwikkelen. Hiervoor werd gekozen om gebruik te maken van de bouwstenenmethode ontwikkeld door het Nederlandse Adviesbureau Van Montfoort (tegen eind 2012). Deze methode werd beschreven door Bas Vogelvang en Baukje Vermeiden in het boek: 'Zicht op effectiviteit' van Tom Van Yperen.⁷³

Deze methode werd gecreëerd om op een gesystematiseerde manier leerervaringen uit de dagelijkse praktijk van hulpverleners toe te voegen aan de methodiek. Er zijn vier soorten bouwstenen die kunnen worden aangeleverd: treffers, missers, vondsten en knelpunten. Onderaan worden ze in een matrix geplaatst.

Matrix bouwstenenmethode

AARD VAN MELDING IS → THEMA MELDING IS ↓	POSITIEF	NEGATIEF/ VRAAG
<u>Deel</u> van methodiek	Treffer: een aanwijzing/ervaring in de interventiebeschrijving heeft goed gewerkt.	Misser: een aanwijzing/ervaring in de interventiebeschrijving heeft niet goed gewerkt.
<u>Geen deel</u> van methodiek	Vondst: iets wijst op een mogelijk geschikt nieuw onderdeel voor de interventiebeschrijving.	Knelpunt: een probleem of vraag waar de interventiebeschrijving niets over zegt.

De bouwstenenmethode werkt als volgt.

De hulpverlener levert de bouwsteen aan gedurende een teamoverleg. Het komt er op neer dat men afsprekt om te testen of de bouwsteen werkt in andere situaties. Men beschrijft goed 'wat' men gaat doen en 'wanneer' men het gaat doen. Deze nieuwe situaties moeten zo sterk mogelijk lijken op de situatie die aanleiding gaf tot de bouwsteen. Daarna gaat men de bouwsteen toepassen op de momenten en de plaatsen die werden afgesproken. Deze toepassingen worden geëvalueerd op een volgend teamoverleg. Blijft de bouwsteen ook in de testsituaties van toepassing, dan kan men besluiten om de bouwsteen op te nemen in de methodiek.

De vierde bouwsteen, het knelpunt, is hierop een uitzondering. Gedurende een teamoverleg zal een oplossing worden gezocht voor het knelpunt. Deze oplossing zal in verschillende situaties worden getest. Blijkt de oplossing te werken, dan kan men de oplossing opnemen in de methodiek.

Deze bouwstenenmethode werd getest in 2012 in Crisishulp aan Huis. Door alle medewerkers werden bouwstenen (treffer, misser, vondst en knelpunt) via een document geselecteerd. In dit document werd een concrete omschrijving gegeven van de bouwsteen en werden de gemaakte afspraken en het resultaat na toetsing weergegeven.

Al snel doken tal van vragen op. Hoe groot of hoe klein kan een bouwsteen zijn? Omdat de theorie zoals beschreven in het boek 'Zicht op effectiviteit' hier niet duidelijk over was, gingen we op zoek naar instellingen die de bouwstenenmethode toegepast hadden.

Op 25 december 2012 gingen we op werkbezoek naar de Nederlandse jeugdinstitelling Jeugdformaat met alle coördinatoren en werkbegeleiders.

Met betrekking tot het gebruik van de bouwstenenmethode hebben we vastgesteld dat dit bij Jeugdformaat niet strikt werd toegepast zoals beschreven in het handboek van Van Yperen. Zij hebben heel veel pragmatiek toegepast in de methode, onder andere door een sterke selectie van wat ze zullen testen (mag niet te casuïstiek zijn). Dit wordt ook aangeraden vanuit de theorie. *Jeugdformaat vroeg zich vanuit hun ervaring af of de bouwstenenmethode wel de meest geschikte methode was. Zij gebruikten deze niet meer.*

⁷³ Vogelvang B. en Vermeiden B., De verdere ontwikkeling van de hulpverlening: de bouwstenenmethode opgenomen in van Yperen T. en Veerman J.W., Zicht op effectiviteit, handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg, Eburon, Delft, 2008, p.123-137.

Hierop werd besloten om de bouwstenenmethode niet structureel te verankeren in de organisatie.

Gelet op de, op dat tijdstip, nakende grote hervorming van het jeugdhulplandschap en hervormingen in de bijzondere jeugdbijstand omwille van het experimenteel modulair kader en de geplande interne reorganisatie om op deze veranderingen in te spelen, werd besloten om ambitie met betrekking tot de doorontwikkeling van gebruikte methodieken enkele jaren 'on hold' te plaatsen.

Deze beslissing belet echter niet dat we twee systemen gebruiken, helpend voor doorontwikkeling.

Het **eerste** systeem is ingebed in het kwaliteitssysteem van de organisatie.

Eén of twee maal per jaar worden op teamniveau in aanwezigheid van de directie de geregistreerde gegevens (proces- en prestatie-indicatoren en samenlevingsresultaten) geanalyseerd, besproken en geïnterpreteerd. Hierbij hebben medewerkers de mogelijkheid om feedback te geven, om ideeën ter verbetering aan te reiken (en dus ook voor de doorontwikkeling van de methodiek).

Bij het bespreken van de uitkomsten staan de volgende vragen centraal:

- zijn de resultaten te plaatsen? (herkenning);
- zijn ze te begrijpen? (verklaring);
- zijn ze goed genoeg? (waardering);
- welke verbeteracties zijn nodig? (verbetering).

Indien knelpunten worden vastgesteld, gaan we op zoek naar oplossingen. Deze kunnen komen uit wetenschappelijke bevindingen of uit de praktijk (eigen praktijk of praktijken van andere organisaties).

Het tweede systeem is het opvolgen van, in de mate van het mogelijke, wetenschappelijk onderzoek waarbij we kennis kunnen verwerven over de effectiviteit van een werkwijze of een methodiek. Tevens kunnen nieuwe of voor ons, tot dan toe, onbekende wetenschappelijke inzichten, gebruikt worden om de methodiek te verrijken. Indien bruikbaar kunnen deze leiden tot aanpassing of verrijking van de methodiek.

10 Programma-integriteit

Een punt dat al snel sterk op de voorgrond kwam was het bewaken van de programma-integriteit van de interventie. Het gaat dus over het bewaken of de methodiek getrouw wordt uitgevoerd.

“Ontbreken van handelingsintegriteit kan echter de werkzaamheid van de interventie ernstig schaden. Het is immers een algemeen werkzame factor. Bovendien is geweten dat hulpverleners gemiddeld 1,4 keren van methode veranderen gedurende een sessie. Reden van afwijken is meestal een indruk bij de begeleider van een weinig gunstige ontwikkeling van de cliënt of het cliëntsysteem. Deze voorspelling van een negatieve ontwikkeling hangt echter niet samen met de vooruitgang van de cliënt maar correleert wel met een negatieve stemming van de begeleider. Dit euvel moet zo kunnen worden opgelost met geregelde intervisiemomenten. Maar zijn deze voldoende om de programma-integriteit te bewaken: vinden ze voldoende frequent plaats, is het handelen van de hulpverlener telkens onderwerp van discussie, is de norm waartegen het handelen van de begeleider wordt afgezet voldoende duidelijk?”⁷⁴

Om niveau 3 van de effectladder te halen moet naast de resultaten (zijn ze doeltreffend) ook geweten zijn of de beoogde doelgroep is bereikt en of de interventie integer werd uitgevoerd. Dit laatste gebeurt via handelingsregistratie.

10.1 Bewaken van kwaliteit en methodiektrouw

Het bewaken van de kwaliteit en methodiektrouw in het begeleidingswerk, maar ook het ondersteunen van de begeleiders bij de uitvoering van hun begeleiding, gebeurt in de individuele werkbegeleiding. De individuele werkbegeleiding is afgestemd op de fasering van de hulp en de per fase geformuleerde doelen. De frequentie en het doel van de individuele werkbegeleidingsgesprekken werden geborgd in de methodiekbeschrijving. Afhankelijk van de methodiek in ‘De Cocon’ vindt een werkbegeleidingsgesprek plaats aan een frequentie van meerdere malen per week tot minimaal om de 14 dagen.

Naast deze individuele werkbegeleiding gebeuren er ook regelmatig intervisies en casuïstiekbesprekingen. Dit kan zowel in teamverband (gehele team of gedeeltelijk) als teamoverschrijdend plaatsvinden.

Een ander element om onder andere de methodiek trouw te faciliteren is het opleiden van nieuwe en ‘oude’ medewerkers. Alle nieuwe medewerkers volgen een gestandaardiseerd opleidingstraject (basisopleiding en een ‘basisvervolmakingstraject’. Uiteraard wordt dit traject aangevuld met een persoonlijk professioneel ontwikkelingstraject dat in samenspraak met de leidinggevende vastgelegd wordt in een ontwikkelplan. Dit alles kadert binnen het leer- en ontwikkelbeleid van de organisatie.

Een andere belangrijke stap naar borging van het ‘evidence-based werken’ werd gezet dankzij sectoraal uitvoeringsbesluit voor het geharmoniseerde kwaliteitsdecreet van 17 oktober 2003. Dit sectoraal uitvoeringsbesluit trad in voege op 1 januari 2014. Daar waar we in het decreet van 29 april 1997 inzake de kwaliteitszorg voorzieningen een kwaliteitshandboek moesten samenstellen volgens een wettelijk opgelegde structuur, werd deze verplichting opgeheven door het sectoraal uitvoeringsbesluit. We maakten van de gelegenheid gebruik om de hulpverleningsmethodieken centraal te stellen bij de opbouw van het kwaliteitshandboek, waardoor de systematiek binnen de organisatie beter kon worden afgestemd op deze methodieken.

10.2 Doelgroep- en handelingsregistratie

We zijn ons goed bewust dat doelgroep- en handelingsregistratie zeer belangrijk zijn in functie van het methodiektrouw werken. Bovendien zijn dit voorwaarden om te komen op niveau 3 van de effectladder.

Hierin werden de afgelopen jaren heel wat stappen gezet, maar werden we vaak geconfronteerd met extra moeilijkheden en uitdagingen.

⁷⁴ Vanderfaillie Johan, Implementatie van evidence-based praktijken in De Cocon vzw: stand van zaken en toekomstige ontwikkelingen, Gent, 2011 (Publicatie op de website De Cocon vzw en in jaarverslag 2011).

In 2011-2012 werden betreffende de handelingsregistratie belangrijke stappen vooruit gezet. Geïnspireerd op de handelingsregistratie van Crisis hulp aan Huis, ooit ontwikkeld door Cocon Vilvoorde, en op basis van de methodieken, werden procesindicatoren bepaald in functie van het checken van de handelingsintegriteit.

We ontwikkelden voor zowel Crisisinterventie, TNT-begeleiding, Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding, Thuisbegeleiding en BZW een handelingsregistratiesysteem in SharePoint (-software) en checklists voor procesopvolging en –evaluatie. We stelden vast dat de gebruikte versie van de SharePoint-software in combinatie met de versie Excel die we gebruikten, heel wat fouten genereerde wanneer gegevens in Excel moesten worden ingelezen.

Tegelijkertijd poogden we de registratielast bij begeleiders te beperken en zochten we afstemming met de toenmalige BINC-registratie, het verplichte sectorale uniforme registratiesysteem voor de private organisaties van de bijzondere jeugdbijstand, om te vermijden dat gegevens dubbel geregistreerd moesten worden. Dit bleek verre van evident te zijn en deze poging werd snel stopgezet. Dit om twee redenen, enerzijds omdat het registratiesysteem BINC regelmatig werd aangepast en verder werd ontwikkeld, anderzijds omdat dit proces onze mogelijkheden te boven ging.

We besloten om de handelingsregistratie verder te gebruiken, met al haar gebreken, tot we een beter alternatief hadden. We waren ons zeer goed bewust dat dit niet voldoet aan de wetenschappelijke kwaliteitsstandaard. Hierdoor kunnen we nog onvoldoende de link tussen ‘doen wat afgesproken werd’ en het resultaat kennen.

Bijkomend hebben we vastgesteld dat niet alleen het systeem haar gebreken vertoonde, maar tevens dat ook bij de registratie ervan fouten werden gemaakt. Fouten veroorzaakt door interpretatie van begrippen hebben we zoveel mogelijk weggewerkt. Een andere registratiefout die we hebben vastgesteld (en die de betrouwbaarheid van onze gegevens verminderd) is dat wanneer de methodiek in een begeleiding niet meer werd gevolgd (omwille van bijvoorbeeld een foute toewijs en instroom), begeleiders niet de mogelijkheid hadden om dit aan te duiden en dus registreerden in het systeem dat opgezet was voor de handelingsintegriteit van de methodiek. Dit probleem kwam naar voor tijdens het teamgesprek over de prestatie- en procesindicatoren van 2015 in Crisis hulp aan Huis. Uit bevraging achteraf blijkt deze situatie ook te bestaan in Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding en Thuisbegeleiding.

Na een grondige evaluatie van BINC door het Agentschap Jongerenwelzijn en het werkveld, werd de BINC-registratie, rekening houdend met de veranderingen binnen de jeugdhulpverlening, tijdelijk stopgezet. Er werd een volledig nieuwe versie uitgewerkt, vertrekkende vanuit een nieuw concept. Vanaf 1 januari 2015 registreren de private voorzieningen in deze BINC-versie.

Met de start van het experimenteel modulair kader binnen de bijzondere jeugdbijstand op 1 januari 2013, kwamen nieuwe uitdagingen betreffende registratie op ons af. Om het kwartaal moeten we het aantal begeleidingscontactenuren doorgeven aan het Agentschap. Om registratie en dossier overschrijdende tellingen mogelijk te maken, te automatiseren, ontwikkelde onze administratieve dienst een programma in Excel.

Rekening houdend met al onze ervaring, maar eveneens rekening houdend met de behoefte om tijdens lopende begeleidingen te monitoren, waarbij we dus telkens over de meest recente gegevens moeten kunnen beschikken, zochten we naar een veilig⁷⁵ elektronisch cliëntvolgsysteem wat we op maat van onze methodieken en hulpverlening kunnen maken. Na een zoektocht en het vergelijken van diverse programma’s maakten we midden 2015 de keuze om met het REGAS als elektronisch cliëntvolgsysteem aan de slag te gaan.

Als eerste stap werden de hulpverleningsprocessen en bijhorende documenten per fase in de hulpverlening en per methodiek in kaart gebracht, alsook welke gegevens we uit dit cliëntstelsel willen halen. Deze stap is in zijn eindfase gekomen. Ook zijn we ondertussen begonnen met de opbouw van het systeem. Bedoeling is om in de loop van 2017 hiermee volledig klaar te zijn.

⁷⁵ Op het gebied van informatieveiligheid

10.3 Een fundamenteel knelpunt

Een fundamenteel knelpunt betreft de instroom. *“De doelgroep van een interventie wordt bepaald door het probleem waarvoor de interventie is ontworpen. Deze doelgroep heeft nog andere kenmerken. Soms hangen deze samen met het probleem, soms met de werkwijze van de interventie (bijvoorbeeld leeftijd, ernst van probleemgedrag, ...). Dit alles geeft aanleiding tot indicaties en contra-indicaties. Indicaties zijn kenmerken van het kind en de omgeving waarvan uit wetenschappelijk onderzoek bekend is of op basis van gesystematiseerde praktijkervaring verondersteld kan worden dat ze de kans van slagen van de aanpak positief beïnvloeden. Contra-indicaties verlagen de kans van slagen van de aanpak. Hieruit kan worden afgeleid dat een interventie effectiever is naarmate ze er beter in slaagt de doelgroep waarvoor ze is bedoeld te bewaken. De ervaring leert echter dat begeleiders liefst zo weinig mogelijk contra-indicaties formuleren en zo breed mogelijke indicaties. Dit resulteert uiteindelijk in een interventie die ongeveer voor ieder probleem en voor iedere cliënt kan worden aangewend. Deze keuze wordt enerzijds ingegeven door idealisme en beroepsernst. Hulpverleners en voorzieningen willen hun maatschappelijke verantwoordelijkheid opnemen en zullen slechts zeer zelden een begeleiding weigeren. Anderzijds heeft dit ook te maken met de regelgeving. Heel wat diensten hebben immers een opnameplicht. ‘De Cocon’, maar eveneens de overheid, moet beseffen dat een verbetering van kwaliteit en effectiviteit niet alleen verband houdt met een optimalisering van het handelen van de hulpverleners. De resultaten van de hulp staan of vallen ook met de kwaliteit van de toewijzing. Indicatiestelling is immers een speerpunt in de klinische cyclus omdat ze staat aan het einde van het diagnostische proces en het begin van de behandelingscyclus.”*⁷⁶

De vaststelling is helaas dat we met betrekking tot Crisishulp aan Huis de indicatiestelling zelf niet meer in de hand hebben, aangezien dit omwille van de hervorming van het jeugdlandschap nu moet worden opgenomen door het Crisismeldpunt.

De begeleidingsplicht voor Thuisbegeleiding, Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding en Contextbegeleiding in functie van Autonom Wonen is veranderd. De begeleidingsplicht is er enkel nog indien de aangemelde cliënt voldoet aan een door de organisatie duidelijk beschreven doelgroep met indicaties en contra-indicaties. We moeten vaststellen dat er nog heel wat verbeterruimte is in de indicatiestelling in de Vlaamse jeugdhulp. Af en toe moeten we zelf vaststellen dat aanmelders creatief zijn omgesprongen met de aanmelding om de cliënt toch maar in te passen in de door ons gestelde indicaties en zelfs contra-indicaties bewust verzwijgen. Deze praktijk is laakbaar.

Een ander probleem betreft de tijd tussen indicatiestelling, de toewijs en de opstart van de begeleiding omwille van de wachtlijsten. Ondertussen kan er veel veranderen in de gezinssituatie, waardoor de aanvankelijk gevraagde hulp niet meer adequaat en passend is. Dat is schrijnend voor een gezin en stelt ons telkens voor een moreel dilemma.

⁷⁶ Vanderfaeillie Johan, Implementatie van evidence-based praktijken in ‘De Cocon’: stand van zaken en toekomstige ontwikkelingen, Gent, 2011 (Publicatie op de website ‘De Cocon’ en in jaarverslag 2011).

11 Conclusies – eindbeschouwingen

Het E-project mag dan formeel afgelopen zijn. De methodieken werden beschreven en onderbouwd, het diagnostisch proces werd verbeterd in functie van gesystematiseerde beslissingsprocessen in de hulpverlening en de randvoorwaarden voor resultaatmeting werden ingebouwd samen met de randvoorwaarden voor verdere ontwikkeling van methodieken.

Het Evidence-based werken in 'De Cocon' is nog lang niet afgelopen. Er is nog heel wat progressiemarge voor verbetering en verdieping mogelijk. Verbetering zullen we trachten te realiseren via de normale werking van ons kwaliteitssysteem, met specifieke afgelijnde verbetertrajecten. Wat de doelgroep- en handelingsregistratie betreft hebben we nog heel wat werk voor de boeg om een voldoende kwaliteitsstandaard te bereiken aanvaardbaar voor het behalen van niveau 3 van de effectladder.

Het E-project was een boeiend, moeilijk en leerrijk traject. Als pionier in Vlaanderen hebben we heel veel moeten uitzoeken. Het doorgemaakte leerproces ging met vallen en opstaan, met successen en missers.

De vaststelling is dat er enorm hard gewerkt is door onze medewerkers.

11.1 Procesevaluatie

Terugblikkend op het doorgemaakte proces zouden we het met onze huidige kennis op een aantal aspecten anders aanpakken.

Bij de start van het project werd de focus heel sterk gelegd op effectonderzoek. Het project (september 2009) startte met de ambitie om het effect van de verschillende methodieken te meten en daaruit te leren zonder precies te weten hoe dat te realiseren. Doelstelling van het E-project was de randvoorwaarden daarvoor te installeren in de periode 2010-2012. Alhoewel deze focus op zich legitiem is, was het niet de juiste insteek. Daardoor werd verkeerdelijk de indruk gewekt dat kwaliteitsverbetering slechts een bijproduct was van het proces om de randvoorwaarden te installeren nodig voor effectonderzoek. Dat was niet motiverend.

Het was beter geweest om de focus te leggen op een kwaliteitsverbetertraject met als doel de hulpverlening voor de huidige en de toekomstige cliënt te verbeteren. Dit kwaliteitsverbetertraject zou zich dan richten op het expliciteren, systematiseren en onderbouwen van datgene wat we doen en beslissingsprocessen beter onderbouwen, gecombineerd met het meten van de resultaten. Effectonderzoek zou aldus niet de finaliteit zijn, maar een manier om resultaten in kaart te brengen, met de bedoeling eruit te leren en de hulpverlening te verbeteren.

Die insteek zou meer motiverend zijn voor alle betrokkenen, omdat ze de focus dichter bij de dagelijkse praktijk legt, en niet in een verre toekomst. De focus zou dan meer worden gelegd op de hier-en-nu meerwaarde voor de cliënt en de hulpverlening, wat in beleving snellere winst zou opleveren.

Ook hebben we de ervaren meerwaarde en resultaten binnen het E-project nauwelijks gevierd. Hiermee bedoelen we dat we te snel een volgende stap hebben gezet en onvoldoende tijd hebben genomen om stil te staan bij de verwezenlijkingen en die voldoende te valoriseren.

De ambitie om het E-project in al zijn facetten in een tijdspanne van drie jaar te realiseren was een inschattingfout. Daardoor dienden we heel veel dingen tegelijkertijd te ontwikkelen. De combinatie van een proces van methodiekbeschrijving, de implementatie van diagnostiek samen met het werken aan de andere resultaatindicatoren was een zware combinatie. Terugblikkend hierop zouden we dit proces spreiden over een vijf- tot zestal jaren.

De initiële opzet om te werken met mooi afgebakende cycli van acht maanden heeft omwille van de hoeveelheid, het door elkaar lopen van de deelprojecten en de complexiteit ervan niet gewerkt. Ook moeten we vaststellen dat het hierdoor voor medewerkers niet altijd meer duidelijk was wat de rode draad in dit project betrof. Dit is onvoldoende opgevangen en verdient naar toekomstige projecten meer aandacht. Een soort permanent raadpleegbaar logboek per thema met doelstelling, plannen, evaluaties, afspraken en conclusies zou meer houvast bieden voor alle medewerkers.

Een andere les die we kunnen trekken is dat we in het begin de fout hebben gemaakt om te veel te appelleren op de ratio en te weinig op het hart. Het evenwicht tussen het operationele, commitment

van medewerkers en ratio (theorie en denkwerk) zat te vaak niet goed. Te vaak is er op emoties gereageerd door een poging om de betrokkenen te trachten te overtuigen vanuit de ratio. Hiervan hebben we moeten vaststellen dat dit niet werkte.

Een ander aspect is dat we in het begin te veel het proces hebben gevoerd met iedereen, ook met diegenen met veel weerstand tegen het proces en de veranderingen. Medewerkers die 'ervoor wilden gaan' voelden zich afgeremd. Werken met pilots multidisciplinair samengesteld (proefprojecten) om dingen te ontwikkelen en uit te proberen met een beperkte groep, bleek een betere methode te zijn. Collega's die vanuit praktijkervaring vertellen en een meerwaarde hebben ervaren, hebben een veel grotere overtuigingsimpact op die mensen dan leidinggevenden.

Het proces heeft heel wat gevergd van medewerkers (extra werk, leren, zoeken, omgaan met onzekerheid, enzovoort). Regelmatig werd door medewerkers aangehaald dat het zwaar was. Tijdens het project misten we goede indicatoren om werklast, werkdruk, emotionele en psychische belasting enzovoort goed te monitoren en was het moeilijk om dit goed in te schatten, waardoor we ongetwijfeld ook op dit terrein vermijdbare inschattingfouten hebben gemaakt. Ondertussen hebben we die wel ontwikkeld in 'De Cocon', waardoor deze aspecten sneller worden opgemerkt en bijsturingen gericht kunnen gebeuren.

Uiteraard zijn er binnen het proces ook aspecten die absolute aanraders zijn.

In het afgelegde traject hebben we vele onbekende wegen bewandeld en hebben we gedurende de voorbije jaren kennis moeten verwerven die we niet bezaten. Hieraan is veel studiewerk te pas gekomen. De beslissing om tijd en middelen te investeren door de creatie van een nieuwe functie (adjunct-directeur) als projectverantwoordelijke met als bijzondere opdracht het E-project te faciliteren en te ondersteunen, was echt een noodzakelijke voorwaarde. Bij de start van het project hebben we heel wat aspecten zelf moeten uitzoeken, bijvoorbeeld rond de methodiekbeschrijving. Ondertussen zijn er handleidingen ter beschikking bij het NJI voor methodiekomschrijving, maar die waren niet aanwezig bij de start van het project.

Zoals reeds eerder aangehaald hebben we veel kennis moeten verwerven die we niet bezaten. We hebben een beroep gedaan op enkele partners om die kennis te verwerven. Prof. Johan Vanderfaeillie (Vrije Universiteit Brussel) was een onmisbare partner en klankbord. Zonder zijn deskundigheid hadden we dit project niet kunnen realiseren. Het in het proces regelmatig inbouwen van externe kwaliteitscontrole door een deskundige, is helpend om de eigen blinde vlekken bloot te leggen, maar ook om bijkomende stappen te kunnen zetten door de inzet van deze deskundigheid die we zelf niet in huis hadden.

Bepaalde processen laten begeleiden door een niet-teamgebonden persoon is ook cruciaal. Tijdens het traject van 'De Cocon' gebeurde dat vaak door de projectverantwoordelijke. Dit is helpend om de focus te behouden (doelstelling), maar ook om 'evidenties die leven in een team' te bevragen.

Gerichte vorming en training tijdens het proces, maar ook om methodieken goed toe te passen is een absolute must. Hieraan hebben we tijdens het proces, maar ook daarna, veel aandacht aan besteed. Zo kregen en krijgen bijvoorbeeld alle nieuwe medewerkers een vijfdaagse basisopleiding (rond de methodiek, vereiste basishouding, technieken enz.)

Ook ondersteunende ICT-systemen waren cruciaal. Voor de diagnostische processen werd gebruik gemaakt van de webapplicatie BergOp. De verwerking en interpretatie van de vragenlijsten verlopen ICT-gestuurd, wat de gebruiksvriendelijkheid aanzienlijk vergroot. Bovendien worden de gegevens in een database geaggregeerd en kunnen de data op het niveau van een casus, een hulpverleningsvorm of een globale voorziening worden gebruikt voor de evaluatie en de verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening.

De vastberadenheid om te slagen en het blijven zoeken naar mogelijkheden gecombineerd met het bewaken van de doelstellingen is een absoluut cruciaal aspect geweest in dit project.

11.2 De resultaten – eindbeschouwing en lessen

Als we louter kijken naar de eindproducten, moeten we besluiten dat we er in geslaagd zijn onze methodieken goed te beschrijven en theoretisch te onderbouwen (mede dankzij Johan Vanderfaillie – VUB).

Hierdoor creëerden we een ‘gemeenschappelijke taal’, waardoor er meer eenheid in de uitvoering van onze begeleidingen is gekomen. Methodisch werken zorgt ervoor dat een begeleider niet louter op zijn buikgevoel afgaat, maar een systematische manier van handelen gebruikt teneinde een bepaald doel te bereiken. Dankzij de methodieken kunnen we aan de cliënt beter aangeven wat hij van ons kan verwachten, wat wij van hem verwachten en op welke wijze we, samen met de cliënt, aan de slag gaan in de begeleiding. Tevens is een begeleiding (en een manier van werken van een organisatie) beter overdraagbaar naar bijvoorbeeld nieuwe medewerkers of tijdens tijdelijke vervanging bij bijvoorbeeld ziekte van een begeleider.

Het expliciteren van het methodisch kader heeft eveneens bijgedragen tot een betere ondersteuning van de begeleider (zowel naar opleiding als via intervisie of supervisie) en heeft bijgedragen aan een verdere professionalisering van de organisatie. Het overgrote deel van de hulpverleners gaf aan dat ze het methodisch werken met de gestandaardiseerde methodiek als grote meerwaarde ervaren.

Deze professionalisering heeft zich, dankzij het methodisch werken en het doormaakte proces, verder gezet via het ontwikkelen van instrumenten en werkwijzen om beslissingen in de hulpverlening beter te onderbouwen en de besluitvormingsprocessen te systematiseren. Zo vormen bijvoorbeeld de invoering van de instrumenten (diagnostische vragenlijsten, risicotaxatielijsten, enz.) een hulpmiddel in het besluitvormingsproces omdat ze de kans op blinde vlekken verminderd. Door het gebruik van deze instrumenten wordt het diagnostisch proces in de hulpverlening breder en verrijkt.

Naast deze eindproducten en de kwaliteitsverbetering is een belangrijke meerwaarde het leerproces dat zich heeft afgespeeld in de organisatie. Het proces heeft het delen van kennis tussen collega’s gefaciliteerd. Het creëren van een gezamenlijk ‘project’, bood een gezamenlijke voedingsbodem die in de dagelijkse praktijk vaak ontbreekt om kennis te delen.

Naast de meerwaarde van het doorgemaakte leerproces en de duidelijk omschreven en onderbouwde methoden, is de grote meerwaarde dat we resultaatsindicatoren ontwikkelden. Indicatoren die ons degelijke indicaties geven over het resultaat. Deze gegevens kunnen we dan analyseren, bespreken en interpreteren, met het oog op de kwaliteitsverbetering van ons werk. Dit past perfect in ons kwaliteitssysteem.

De ontwikkelde instrumenten halen weliswaar nog niet de hoge standaard voor effectiviteitsonderzoek, maar zijn wel bruikbaar in het kader van de integrale kwaliteitszorg. Gelet op het doorgemaakte E-project zijn vele daarvan reeds gerealiseerd, anderen zijn snel te implementeren. Mede door het E-project hebben we als organisatie een goed kwaliteitssysteem uitgebouwd dat volledig beantwoordt aan de verwachtingen van de regelgever ter uitvoering van het Kwaliteitsdecreet 2003 (uiteindelijk is het pas in uitvoering gegaan op 1 maart 2014), waarbij de nadruk sterk gelegd wordt op het aantonen van kwaliteit en resultaten.

Op de effectladder situeren we ons nu op niveau 2. Niveau 3 is echter een ander verhaal. Effectonderzoek van methodieken op basis van eigen effectiviteitsonderzoek (gebaseerd op een correcte onderzoeksmethodologie) vergt een kwaliteitsstandaard aan gebruikte instrumenten om de effectiviteit in kaart te brengen (doelgroepenregistratie, handelingsregistratie, resultaatsindicatoren, enzovoort) die we nog niet behalen.

Ook de door-ontwikkeling via proefwijzingen aan een meer wetenschappelijke standaard staat ver af van wat ‘De Cocon’ momenteel aankan. Door-ontwikkeling via proefwijzingen van de methodiek op basis van onderbouwd giswerk (gebaseerd op resultaatsindicatoren) vergt te veel tijd om het nodige aantal casussen te hebben die mogelijk maakt om te kijken of er aantoonbare statistische verandering is ontstaan op een deeldomein (bijvoorbeeld positief ouderlijk gedrag). Hierbij moet opgemerkt worden dat ook dan de vraag zich stelt of het effect te wijten is aan de gehanteerde wijziging van de methodiek. De cyclussen zouden enkele jaren in beslag nemen en vereisen bovendien een stabiele omgeving. Deze omgeving is momenteel niet stabiel omwille van het tweede decreet op de Integrale Jeugdhulp. De daarmee gepaarde wijzigingen en bijstellingen zullen nog jaren voor wijzigingen in de jeugdhulp zorgen.

Bijkomend fundamenteel knelpunt blijft tevens het bewaken van de instroom, waar we niet alle sleutels in handen hebben.

In ons traject werden stappen gezet waarvan we op voorhand niet wisten waar we zouden uitkomen. Vaak was de gevolgde weg succesrijk, soms bleek de gevolgde weg niet de juiste.

In de kern is het afgelegde inhoudelijke traject een traject van professionalisering: het expliciteren, systematiseren en onderbouwen van wat we doen, gecombineerd met het meten van de resultaten, met als doel de hulpverlening intern beter te ontwikkelen en beter te verantwoorden.

Evidence-based werken is geen wondermiddel, maar een manier die ons helpt om zicht te krijgen op de resultaten van onze hulpverlening en om ze te verbeteren (beslissingsprocessen beter onderbouwen) in het belang van de cliënt. Tevens kunnen we getuigen dat het ons toelaat om expertise beter vast te houden en te benutten.

12 Wat brengt de toekomst?

Door de snelheid van het project hebben we, naast heel wat gerealiseerde verbeteringen, ook een aantal verbeterkansen laten liggen die uit het geheugen waren geraakt. Het schrijven van dit praktijkverhaal, heeft deze terug op de voorgrond gebracht.

Het afgelegde traject en het opgezette systeem (doelgroepen- en handelingsregistratie, proces- en resultaatsindicatoren) leverden ons heel wat gegevens en data op. Deze zullen systematisch verder worden verfijnd en aangevuld.

Momenteel zetten we in op het afstemmen van diverse registraties met elkaar, zodanig dat verschillende gegevens aan elkaar kunnen worden gekoppeld. Twee programma's, naast het verplichte BINC, zullen de drager worden van alle registraties: het elektronisch cliëntvolgsysteem (REGAS) en BergOp. BergOp zal de drager worden van zowel de resultaten van de handelingsgerichte diagnostiek als alle andere resultaatsindicatoren. Bedoeling is om in de loop van 2017 hiermee volledig klaar te zijn.

Zo verwachten we, dat we in de nabije toekomst, bijvoorbeeld de gegevens over de cliënt via handelingsgerichte diagnostische vragenlijsten⁷⁷ kunnen koppelen aan uitval en uitstroom. Op deze manier verwachten we zicht te verwerven op de werkzaamheid van de methode. Voor wie werkt onze methode en voor wie niet? Als uit cijfers blijkt dat er een groep kennelijk onvoldoende baat heeft bij een bepaalde aanpak, dan moeten we voor deze groep 'iets' vinden wat wel werkt.

Ook werken we momenteel aan twee nieuwe methodieken, waarbij naast een analyse van maatschappelijke noden en bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek, ook de bespreking van onze indicatoren (zoals de proces- als resultaatsindicatoren) op team- en organisatieniveau, aangevuld met ervaringen van begeleiders, ons inzicht gaven in vastgestelde hiaten in het jeugdhulpverleningslandschap of tekortkomingen van een methodiek.

Zo ontwikkelen we op dit moment, met de steun van het Agentschap Jongerenwelzijn⁷⁸, een nieuwe methodiek bruikbaar voor Contextbegeleiding in functie van autonoom wonen (CBAW). Deze methodiek zet in op het creëren van een stabiele 'thuisituatie'. Dat kan zijn een terugkeer naar huis, wonen bij een vriend of familielid maar ook zelfstandig wonen. Bij de keuze van woonvorm kijken we wat de jongere wil maar ook aankan. Een verplicht zelfstandig wonen is hier niet meer aan de orde. Het verhoogde risico op thuisloosheid bij jongeren die de bijzondere jeugdbijstand verlaten, vraagt immers om een gerichte aanpak. De methodiek is bedoeld voor jongeren van 17 tot maximum 21 jaar die nood hebben aan een stabiele thuisituatie en voor wie autonoom wonen aangewezen is omwille van de problematische leefsituatie in het gezin, in de residentiële voorziening of in het pleeggezin. Sommige aangemelde jongeren zijn thuisloos. Het algemeen doel van CBAW is het uitbouwen van een stabiele thuis en een kwaliteitsvolle toekomst. Bijzonder aan de gebruikte methodiek is de focus op het herstellen en verstevigen van het sociaal en familiaal netwerk, het aanleren en trainen van noodzakelijke vaardigheden voor het uitbouwen van een stabiele thuis en een ondersteunende groepswerking.

Anderzijds willen we in 2017 een nieuwe, eerder generieke, methode crisisbegeleiding introduceren in functie van differentiatie en uitbouw van ons crisis hulpverleningsaanbod. Dit voor die gezinnen met minderjarigen in een acute opvoedingscrisisituatie waar niet noodzakelijk een dreigende breuk (uithuisplaatsing) aanwezig is en waarbij Crisis hulp aan Huis niet de geschikte methodiek is. Deze methode moet enerzijds diagnostisch zijn (wat is er precies aan de hand⁷⁹ en wat is er voor nodig om het probleem aan te pakken) en anderzijds gericht zijn op het verminderen van de crisis, het bieden van praktische hulp, het installeren van veiligheid (in het gezin) en het toeleiden naar passende hulp.

We zullen via ons normale kwaliteitssysteem zoals opgezet jaarlijks stappen zetten om meer te leren over de resultaten en effectiviteit van onze methodieken, waarbij we verwachten dat we op een bepaald moment trede 3 van de effectladder bereiken. Dit is echter geen doel op zich. De fout om teveel gelijktijdig aan te pakken willen we echter niet meer maken. In die zin was het E-project ook een les in geduld.

⁷⁷ Verkregen bij de start van de begeleiding.

⁷⁸ Via een innovatief project (1 december 2013 – 31/12/2018).

⁷⁹ Inclusief het inschatten van de veiligheid van de gezinsleden, het in kaart brengen en verhelderen van de krachten en de hulpvragen van de jongere en het gezin.

13 Slotwoord

Evidence-based werken wordt vaak vergeleken met een beest ('Evidence-beest') of met een machinaal bureaucratisch raderwerk, met rigide protocollen, waarbij de hulpverlener een mechanische uitvoerder van de hulpverlening is. Niets is echter minder waar.

Wij vergelijken evidence-based werken (en jeugdhulp) met een Argentijnse tango. Een dans met een grote techniciteit en complexiteit, die veel oefening vraagt en expertise vereist, maar voor buitenstaanders kinderspel lijkt eens men het onder de knie heeft. Een dans waarbij de menselijke interactie en het samenspel tussen de partners uiterst belangrijk is. Een dans die zonder passie leeg is.

Via deze publicatie hopen we het evidence-based debat in Vlaanderen terug te openen, op een serene wijze. De cliënt en de jeugdhulp verdienen beter dan een stellingenoorlog. Wij zijn er alvast van overtuigd dat het door ons doormaakte proces rond evidence-based werken **onze** hulpverlening heeft verbeterd.

*Kostbaar is de wijsheid die door ervaring wordt verkregen.
(Robert Ascham)*

*Het denken mag zich nooit onderwerpen,
noch aan een dogma,
noch aan een partij,
noch aan een hartstocht,
noch aan een belang,
noch aan een vooroordeel,
noch aan om 't even wat,
maar uitsluitend aan de feiten zelf,
want zich onderwerpen betekent
het einde van alle denken.
(Henri Poincaré)*

Het E-project:
enkele
beschouwingen op
het praktijkverhaal

Het E-project: enkele beschouwingen op het praktijkverhaal

Johan Vanderfaeillie, Departement Klinische en Levensloopspsychologie, Vrije Universiteit Brussel

Zeer recent werden de ervaringen opgedaan door De Cocon met het E-project neergeschreven in een rapport (Taels, 2016). Het E-project had als doel dat de organisatie meer evidence-based zou werken. Door de auteur van dit rapport werd mij gevraagd om enkele kritische reflecties te maken op dit praktijkverhaal. Deze opdracht heb ik met graagte aanvaard. Ik start met korte toelichting over het E-project en presenteer vervolgens een samenvatting van de ervaringen door de organisatie opgedaan gedurende het E-project. De lezer zal merken dat het E-project een ontwikkel- en implementatieproject was dat moest resulteren in een praktijkgericht effectonderzoek. Na de bespreking van de ervaringen van de organisatie met dit E-project ga ik dieper in op wat de wetenschap ons kan leren inzake het opzetten van een praktijkgestuurd effectonderzoek en de implementatie van vernieuwingen. Door de opgedane ervaringen af te zetten tegen de wetenschappelijke literatuur kunnen een aantal lessen worden getrokken. Deze zijn vermoedelijk niet alleen nuttig voor De Cocon zelf maar kunnen ook dienstig zijn voor heel wat Vlaamse hulpverleners en organisaties die willen evolueren naar een hulpverlening die sterker gebaseerd is op wetenschappelijke inzichten.

Het E-project

De Cocon heeft als opdracht het bieden van hulp aan kinderen, jongeren en gezinnen die zich in een problematische leef- en/of opvoedingssituatie bevinden en waarbij pedagogische ondersteuning noodzakelijk is. Om deze doelstelling te realiseren organiseert De Cocon twee soorten hulpverlening: crisishulp en thuisbegeleiding. Per soort hulpverlening worden verschillende vormen aangeboden. Zo worden in het kader van crisishulp de vormen 'Crisisinterventie', 'Terugkeer Naar Thuis?' en 'Crisishulp aan Huis' georganiseerd. In het kader van thuisbegeleiding worden de vormen 'Intensief Kortdurende Thuisbegeleiding' en 'Thuisbegeleiding' georganiseerd. Ten slotte wordt 'Contextbegeleiding in functie van autonoom wonen' georganiseerd (Taels, 2016).

In 2007 besliste de raad van bestuur van De Cocon om meer in te zetten op evidence-based werken (Taels, 2016). Dit zou moeten resulteren in een verhoging van de kwaliteit van hulpverlening waardoor de effecten van de hulpverlening op het welzijn van de kinderen, jongeren en gezinnen groter zou zijn. Ook de efficiëntie zou moeten toenemen. Met dezelfde middelen meer kunnen worden gerealiseerd. Dit voornemen werd geconcretiseerd met het E-project. Evidence-based werken werd door de organisatie ingevuld als (1) het werken met een gestandaardiseerde methodiek of protocol, (2) indien de geen gestandaardiseerde methode of protocol voorhanden werd het eigen handelen/werkwijze beschreven waardoor een handleiding en/of protocol voor handen was, (3) het werken met gestandaardiseerde diagnostische instrumenten bij de intake en de afronding van een begeleiding en (4) het doelgericht werken door het gebruik van SMART-geformuleerde doelstellingen. Iedere vernieuwing moest resulteren in een aantal verbeteringen.

Wat het gebruik van een protocol en het beschrijven van het eigen handelen betrof, hoopte de organisatie dat dit zou resulteren in:

- meer houvast voor de begeleiders
- een grotere eenheid in de uitvoering van het handelingsplan
- een grotere transparantie van de hulpverlening voor de cliënt, de hulpverlener, doorverwijzer en de overheid.
- het aanscherpen van de uitgangspunten en theoretische achtergronden van het pedagogisch handelen en de geboden hulp
- een afname van hulpverlening die slechts gebaseerd is op voorkeuren en stokpaardjes van individuele hulpverleners
- een gemeenschappelijke taal tussen collega hulpverleners
- een overdraagbare manier van werken voor nieuwe medewerkers
- een gerichtere ondersteuning van individuele hulpverleners

Daarnaast zou het beschrijven van de interventie ook moeten resulteren in een verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening. Door het onder de loep leggen van wat er gebeurt in een specifieke hulpverleningsvorm bij wie, en van wie er instroomt, wordt het mogelijk om een verbeterplan op te stellen. Na de uitvoering en evaluatie van dit plan zouden, conform de PDCA-cyclus (Langley, Nolan, Nolan, Norman, & Provost, 1996), kan de verbetering worden geborgd of zou bij onvoldoende resultaat een nieuw verbetertraject moeten worden aangevat.

Het werken met gestandaardiseerde diagnostische instrumenten zou moeten resulteren in:

- een bril die dwingt te kijken naar die dingen die er toe doen (factoren waarvan onderzoek aantoonde dat ze oorzakelijk geassocieerd zijn met de problematiek)
- een betere beschrijving van de beginsituatie van de instromende cliënten
- het vermijden van oordeelsfouten zoals het primacy effect, de confirmation bias, de illusory correlation, ...
- de mogelijkheid om objectiever de effecten van een begeleiding in kaart brengen
- de mogelijkheid om een niet-gecontroleerd praktijkonderzoek op te zetten waardoor de verschillende hulpverleningsvormen niveau 3 zouden van de effectladder van Veerman en van Yperen (2008) zouden kunnen behalen

Het gebruik van SMART-doelstellingen zou moeten resulteren in:

- een meer gefocuste en doelgerichte hulpverlening
- de mogelijkheid om doelrealisatie als effect-indicator te gebruiken in het in een praktijkgestuurd effectonderzoek.

Een ander zeer belangrijke element van het E-project was het opzetten van een niet-gecontroleerd, praktijkgestuurd effectonderzoek. Het werken met een bestaande of zelf beschreven methodiek, het gebruik van gestandaardiseerde diagnostische vragenlijsten, het SMART formuleren van doelen e.d. pasten allemaal in dit kader. Ten slotte werden alle hierboven genoemde stappen die een verbetering van de kwaliteit, efficiëntie en effectiviteit beoogden, gezet in samenwerking met een onafhankelijke wetenschappelijke partner.

Ervaringen van de hulpverleners en de organisatie met het E-project

Bovenstaande keuzes in het E-project en met name: werken een beschreven methodiek, gebruik maken van gestandaardiseerde instrumenten bij intake en afronding van een begeleiding, het gebruiken van SMART-doelstellingen in functie van een praktijkonderzoek in samenwerking met een wetenschapper, zorgden voor enige ongerustheid bij de medewerkers. Bovenstaande keuzes zouden leiden tot:

- de uitsluiting van cliënten
- een ontmenselijkend en onvoldoende op maat te kunnen werken
- een beperking van de eigen handelingsvrijheid en autonomie
- een financiering op basis van het behaalde resultaat
- een afvoeren van niet-succesvolle (eventueel zelf beschreven) methodieken
- het gebruik van de effecten behaald bij een individuele cliënt bij een evaluatie van een medewerker
- veel administratieve rompslomp o.a. als gevolg van het gebruik van diagnostische instrumenten.

Los van bovenstaande ongerustheid vermeldt het rapport (Taels, 2016) dat het E-project op verschillende domeinen voor winst zorgde. Zo werd de beschrijving van het eigen handelen door verschillende teams als één van de allergrootste verwezenlijkingen gezien. Het beschrijven als activiteit creëerde een voedingsbodemp om kennis te delen, van elkaar te leren en samen afspraken te maken over op welke manier het best specifieke problemen zouden moeten aangepakt. Daarnaast werden meerdere van de resultaten verhoopt door het beschrijven van het eigen handelen (zie hierboven) geboekt. Tegelijkertijd kan niet worden ontkend dat het beschrijven van het eigen handelen, zelfs met behulp van het format van Foolen et al. (2011) voor veel hulpverleners een hele opdracht en dat zeer confronterend was. Het was een hele opdracht omdat het vraagt om abstractie te kunnen maken van de

casuïstiek en een helikopterperspectief vereist. Bovendien was het een opdracht die er bij kwam naast de vele (crisis)begeleidingen waardoor vaak de nodige rust en tijd ontbrak. Het beschrijven was confronterend omdat hulpverleners plots moesten verantwoorden waarom ze wat bij wie deden. Keuzes in het kader van de methodiekbeschrijving moesten bovendien niet alleen verantwoord worden ten aanzien van de collega's. Ze moesten ook gebaseerd zijn op theorie waarbij kenmerken en problemen van de doelgroep, de aanpak en verwachte uitkomsten logisch aan elkaar werden gekoppeld. Het hoe en waarom van de verwachte effecten moest duidelijk zijn (Van Yperen, Bijl, & Veerman, 2008).

Inzake het gebruik van diagnostisch materiaal werd vastgesteld dat het gebruik ervan een positieve invloed had op de kwaliteit en de efficiëntie van de hulpverlening (Taels, 2016). Ook hier werden de verwachte resultaten grotendeels bereikt. Toch kan niet worden ontkend dat het gebruik van gestandaardiseerde diagnostische vragenlijsten door de hulpverleners van De Cocon in het primaire hulpverleningsproces niet eenvoudig was. Niet alleen nam de implementatie veel meer tijd in beslag dan verwacht. Veel hulpverleners vertoonden weerstand tegen het gebruik van diagnostische vragenlijsten omdat ze o.a. van mening waren dat vragenlijsten te reductionistisch zijn en onvoldoende in staat zijn de complexiteit van een situatie of problematiek te vatten. Door Taels (2016) wordt tevens vermoed dat het accent te veel lag op de effectmeting en dat hierdoor medewerkers de mogelijke positieve effecten voor het primaire proces onvoldoende zagen.

Het SMART formuleren van doelen bleef voor sommige begeleiders moeilijk (Taels, 2016). Het samen met de het gezin en de jongere identificeren van een relevante indicator als operationalisering voor een vaak globaler probleem, het specifiek en meetbaar bepalen van de huidige, een verbeterde en beoogde situatie zorgde voor problemen. Een gebrek aan opleiding, training en ervaring liggen zeker aan de basis van de problemen (Taels, 2016). Daarnaast kan de vraag gesteld worden of het kiezen voor een meetbare en specifieke indicator voor een vaak zeer globaal genoemd probleem niet opnieuw door de begeleiders als reductionistisch en onnatuurlijk werd ervaren waardoor er weerstand ontstond om deze technieken te implementeren.

Het gebruik van gestandaardiseerde diagnostische vragenlijsten en SMART-doelstellingen waren belangrijke punten van het praktijkgericht effectonderzoek dat werd opgezet om elke hulpverleningsvorm op niveau 3 van de effectladder te brengen. Een niet-gecontroleerd veranderingsonderzoek zou moeten resulteren in aanwijzingen dat de gestelde doelen werden bereikt, de problemen waren afgenomen en de cliënten tevreden waren met de geboden hulp. Kortom, er zouden indicaties zijn voor het feit dat de geboden hulp doeltreffend is (Veerman & Van Yperen, 2008). De koppeling van dit praktijkgestuurd effectonderzoek aan de invoering van de vernieuwingen werkte echter remmend (Taels, 2016). Medewerkers kregen de indruk dat de kwaliteitsverbetering als gevolg van het werken met een protocol, het gebruik van gestandaardiseerde diagnostische vragenlijsten e.d. slechts bijproducten waren nodig ten dienste van het effectonderzoek. Dit werd heel scherp aangevoeld door medewerkers wanneer SMART-geformuleerde doelstellingen werden gebruikt als effectindicator (Taels, 2016). Door de hulpverleners werd het gebruik van SMART doelen als effectindicator, als een te absoluut en wit/zwart verhaal ervaren. De invoering van de Goal Attainment Scaling-methode, een methode die naast 'het doel is bereikt' eveneens mogelijk maakt een verbetering te scoren 'de situatie is verbeterd maar het doel is nog niet helemaal bereikt', als antwoord op dit probleem, werd door de medewerkers als zeer moeilijk en omslachtig ervaren. Daarnaast werd de invoering van deze methodiek doorkruist door de vele veranderingen in het werkveld en de regelgeving. Er werd beslist even af te wachten.

Wat kunnen we uit dit praktijkverhaal leren?

Door De Cocon werd een praktijkgestuurd effectonderzoek opgezet. Het is onderzoek waarin onderzoekers en hulpverleners gezamenlijk optrekken, met het doel informatie te verzamelen waarmee het effect van de hulpverlening van een individuele hulpverlener, een groep van hulpverleners, een instelling of een groep van instellingen nader verhelderd en getoetst wordt, waardoor vervolgens het werk van de betrokken hulpverleners of instellingen verbetert en ten opzichte van buitenstaanders te legitimeren is (Hermanns, 1993; Veerman & Van Yperen, 2008). Informatie wordt dus verzameld door de praktijkwerkers zelf, en wordt na analyse door de wetenschappers teruggekoppeld naar en

geïnterpreteerd door de praktijkwerkers. Het zijn tevens de praktijkwerkers die autonoom beslissen welke acties volgen op deze terugkoppeling.

Een praktijkgestuurd effectonderzoek heeft drie kenmerken (Veerman & Van Yperen, 2008):

Aansluiting: het onderzoek sluit aan bij het ontwikkelingsniveau van de interventie. Het ontwikkelingsniveau kan worden afgeleid uit de affectladder. Een beschreven programma situeert zich op niveau 1. Als gevolg van de beschrijving is duidelijk welk het doel van de interventie is, voor wie de interventie is bedoeld, welke de gebruikte aanpak is en welke context is vereist om het programma goed te kunnen uitvoeren (Veerman & Van Yperen, 2008).

Inbedding: het onderzoek, aansluitend op het ontwikkelingsniveau van de interventie, moet ingebed zijn in de werking van de hulpverleners en organisatie. Belangrijk is dat hulpverleners niet het gevoel hebben dat het er nog eens bij komt. Activiteiten voor het onderzoek zijn geen aparte activiteiten maar deze activiteiten maken deel uit van de dagdagelijkse werking van een individuele hulpverlener.

Benutting: de activiteiten uitgevoerd in het kader van het praktijkgestuurd effectonderzoek en de resultaten ervan worden benut door de hulpverleners in het primaire proces. Diagnostische instrumenten worden niet alleen gebruikt voor het onderzoek. Ze worden tevens aangewend om op een efficiëntere, objectievere, meer betrouwbare en valide manier de beginsituatie en de problematiek van de cliënt bij aanvang, en zijn toestand bij afsluiting van het hulpverleningstraject in kaart te brengen. Deze gegevens zijn natuurlijk ook nuttig voor de directie van de organisatie. De directie krijgt via de geaggregeerde gegevens zicht op de effectiviteit en de efficiëntie van de organisatie en kan op basis van deze gegevens verbeterplannen en –acties initiëren. Hiermee wordt tevens een verbinding tussen kwaliteitszorg, effect en onderzoek gelegd.

Hieronder ga ik dieper op deze drie aspecten in en formuleer ik enkele kritische bedenkingen. Deze bedenkingen beogen vooral de lessen die we kunnen leren uit dit praktijkverhaal naar boven te brengen.

Aansluiting

Een eerste aspect waaraan een praktijkgericht effectonderzoek moet voldoen is de aansluiting van het onderzoek bij het ontwikkelingsniveau van de interventie. Het ontwikkelingsniveau en de daarbij horende activiteiten om de interventie op een hoger niveau te brengen kunnen worden terug gevonden in de effectladder (Veerman & Van Yperen, 2008). Uit het rapport van Taels (Taels, 2016) bleek duidelijke dat niet alle teams beschikten over een interventie op hetzelfde ontwikkelingsniveau. Sommige teams gebruiken een reeds bestaande en beschreven methodiek (bijvoorbeeld 'De Versterking' door het team 'Intensief Kortdurende Thuisbegeleiding') terwijl andere teams hun methode nog moesten uitschrijven. Het is dan ook vreemd om beide soorten teams bijna hetzelfde traject te laten doorlopen. In dit verband is het bovendien belangrijk te vermelden dat het vaak meerdere jaren duurt alvorens een methodiekbeschrijving echt volwassen is. Een methodiekbeschrijving is immers geen eenmalige gebeurtenis maar een proces waarbij in iedere fase meer complexe onderwerpen worden behandeld (Carroll & Rounsaville, 2008). Door Carroll en Rounsaville (2008) worden drie stappen beschreven waarbij een beschrijving evolueert van een 'basishandleiding' (stap 1) tot een 'gedetailleerde en gesofisticeerde handleiding' (stap 3). In deze laatste soort handleiding worden populatiespecifieke varianten en de limieten van de toepasbaarheid bij verschillende cliëntpopulaties beschreven. Voor deze laatste fase is bovendien bijkomend onderzoek noodzakelijk. De doorontwikkeling van de basishandleiding naar een handleiding behorende tot stap 2 omvat het opnemen in de beschrijving van thema's zoals (1) de ontwikkeling van procedures en standaarden voor de selectie, training, supervisie en evaluatie van professionals die de methodiek gebruiken, (2) het formuleren van richtlijnen om met veelvoorkomende problemen om te gaan (bijvoorbeeld cliënten die uitdagend, slecht gemotiveerd, ambivalent, weerstandig zijn), (3) richtlijnen voor meer algemeen klinische problemen (cf. afspraken niet nakomen, niet thuis zijn wanneer een sessie gepland is, crisissituaties, enzovoort), (4) richtlijnen voor het afronden van een begeleiding en voor het doorverwijzen naar andere of meer intensieve behandelvormen, (5) het definiëren van fundamentele eisen en indicatoren van vooruitgang die bereikt moeten zijn vooraleer een nieuwe fase van de

begeleiding start of een nieuwe techniek wordt gebruikt, (6) verduidelijken hoe behandeltrouw in evenwicht gebracht wordt met het klinisch oordeel van de trainer, (7) specificeren hoe algemene werkzame elementen in evenwicht worden gebracht met behandel specifieke technieken, (8) het inbouwen van flexibiliteit door te verduidelijken welke de essentiële en actieve ingrediënten zijn die moeten worden uitgevoerd versus degene die optioneel zijn of enkel geïndiceerd zijn bij specifieke cliënten of in specifieke situaties, (9) de compatibiliteit met ander interventies. Een doorontwikkeling van een beschrijving is liefst gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. De doorontwikkeling van een beschrijving door middel van het opnemen van bovenstaande thema's resulteert tevens in een grotere kans dat het protocol wordt gevolgd.

Kortom, er kan worden vermoed dat een meer gedifferentieerde aanpak aangewezen was en dat de beschrijvingen die van nul gestart zijn nog een lange weg te gaan hebben (Carroll & Rounsaville, 2008).

Inbedding

Een tweede kenmerk van een praktijkgericht effectonderzoek is inbedding. Inbedding impliceert dat hulpverleners niet het gevoel hebben dat het onderzoek er nog eens bij komt. Activiteiten ten dienste van het onderzoek zijn geen aparte activiteiten maar ze maken deel uit van de dagdagelijkse werking van een individuele hulpverlener. Zo worden diagnostische instrumenten en het SMART formuleren van doelen niet alleen gebruikt ten behoeve voor het onderzoek maar hebben deze een functie in het primaire proces van de hulpverlening. De ervaringen waren op dit punt minder positief. Het gebruik van vragenlijsten door De Cocon-hulpverleners in het primaire hulpverleningsproces bleek niet eenvoudig. Niet alleen nam de implementatie veel meer tijd in beslag dan verwacht. Veel hulpverleners vertoonden weerstand tegen het gebruik ervan (Taels, 2016). Er kan worden vermoed dat dit te maken heeft met de mening dat deze technieken reductie bevorderen en ze verhinderen om de complexiteit van een situatie of problematiek te vatten. Problemen m.b.t. het formuleren van doelen al dan niet binnen de GAS-procedure hebben naast de ervaring van reductie en een gebrek aan nuancering vermoedelijk ook te maken met een gebrek aan training en moeilijkheden om op flexibele wijze voldoende relevante maar toch nog specifieke en meetbare indicatoren te kiezen.

Het vraagstuk van de inbedding is eigenlijk een implementatievraagstuk. De implementatie van vernieuwingen kan worden belemmerd of bevorderd door determinanten (Fleuren, Paulussen, Van Dommelen, & Van Buuren, 2014). Er kunnen vier soorten determinanten worden onderscheiden: determinanten m.b.t. de vernieuwing, m.b.t. de gebruiker, m.b.t. de organisatie en m.b.t. de maatschappelijke context. Hieronder ga ik dieper in op die determinanten waarvan ik vermoed dat ze een negatieve invloed hebben gehad op het implementatieproces. Hiermee bespreek ik uitdrukkelijk niet alle determinanten weerhouden door Fleuren et al. (2014). Dit wil tevens zeggen dat gedurende het implementatieproces door de organisatie de juiste implementatiestrategieën zijn gebruikt die een goede implementatie van de vernieuwingen hebben bevorderd.

Inzake determinanten m.b.t. de innovatie onderscheiden Fleuren et al. (Fleuren et al., 2014) o.a. de aspecten complexiteit, congruentie met de eigen werkwijze, zichtbaarheid uitkomsten en relevantie cliënt. Inzake complexiteit moet onderkend worden dat een verantwoordde inzet van vragenlijsten in het primaire proces van de hulpverlening naast voldoende kennis van psychometrie om de instrumenten op een flexibele manier te kunnen interpreteren ook voldoende inzicht in de gemeten concepten en voldoende creativiteit om op basis van de uitkomsten van de verschillende instrumenten te komen tot een werkhypothese en hierop geënte doelen, vereist. Hoewel meerdere trainingen werden georganiseerd, bleef het flexibel en creatief omgaan met de uitkomsten van de vragenlijsten voor de meeste hulpverleners een moeilijke klus. Bovendien voelde het gebruik van instrumenten voor heel wat hulpverleners onnatuurlijk aan. Ze meenden dat deze werkwijze reductionistisch was en mensen herleid werden tot scores ten opzichte van een gemiddelde. De ervaren moeilijkheden en deze visie voedden natuurlijk moeilijkheden met het zien van de meerwaarde ervan voor het primaire proces van de hulpverlening en de relevantie ervan voor de cliënt. Gevolg was ook dat het gebruik van de diagnostische instrumenten vooral gezien werd als een activiteit ten dienste van het praktijkgestuurd effectonderzoek en als administratieve last. Eenzelfde proces kan worden verondersteld m.b.t. het gebruik van GAS-procedure. Voor zover ik kon nagaan hebben de aspecten uitprobeerbaarheid, het kunnen gebruiken in een beperkt aantal dossiers van de vragenlijsten en de GAS-procedure, en observeerbaarheid, het observeren van het gebruik van de vragenlijsten en GAS-procedure door

collega's (Berwick, 2003; Van Yperen, 2003), tevens weinig bijgedragen aan een succesvollere implementatie.

Er kan tevens worden verondersteld dat de gebruikersgebonden determinanten (Fleuren et al., 2014): eigen effectiviteitsverwachting, kennis en informatieverwerking een negatieve invloed hebben gehad op de implementatie van de vernieuwingen. Het gebruik van diagnostische instrumenten vereist heel wat kennis en impliceert dat er getraind en gestudeerd moet worden. Een gebrek aan kennis bijvoorbeeld als gevolg van onvoldoende vooropleiding en onvoldoende tijd voor studie en training heeft natuurlijk een negatieve invloed op de eigen effectiviteitsverwachtingen. In deze context kan ook worden geduid op de verantwoordelijkheid van de hogescholen.

Er kan worden vermoed dat determinanten m.b.t. de organisatie een positieve invloed hadden. Uit de beschrijving van het E-project (Taels, 2016) blijkt dat de vernieuwing formeel werd bekrachtigd door de directie en dat er financiële middelen werden uitgetrokken om de vernieuwing te implementeren (Fleuren et al., 2014). In deze context kan ook de aanstelling van een projectverantwoordelijke worden genoemd. Misschien is door de organisatie te weinig aandacht besteed aan de tijd die nodig is om nieuwe vaardigheden aan te leren en flexibel te gebruiken, dit zowel in tijd m.b.t. tot het goed kunnen gebruiken (hoe lang duurt het alvorens iemand SMART-doelstellingen kan formuleren) als tijd die medewerkers bijkomend nodig hebben om een vernieuwing te implementeren (hoeveel tijd heb ik nodig de diagnostische vragenlijsten te interpreteren, terwijl ik dit nog niet zo goed kan). De werkdruk stijgt hierdoor voor een bepaalde tijd. Deze tijd bleek echter vaak onderschat.

Determinanten m.b.t. de maatschappelijke context betreffen de wet- en regelgeving (Fleuren et al., 2014). Uit het rapport werd duidelijk dat de vele veranderingen en evoluties in regelgeving er voor hebben gezorgd dat de invoering van sommige vernieuwingen zijn uitgesteld of gestopt (Taels, 2016).

Benutting

Een laatste kenmerk betreft de benutting: de activiteiten uitgevoerd in het kader van het praktijkgestuurd effectonderzoek en de resultaten ervan worden benut door de hulpverleners. Met de geaggregeerde gegevens heeft de organisatie zicht op de eigen effectiviteit en de efficiëntie, en kunnen verbeterplannen en –acties worden geïnitieerd. Er kan echter worden vastgesteld dat het verzamelen van gegevens bij de afronding van de begeleiding op heel wat problemen stuitte en dat deze gegevens vaak afwezig waren. Deze gegevens zijn echter noodzakelijk om de effecten in kaart te brengen. Voor de hulpverleningsvorm Crisis hulp aan Huis werd de gegevensverzameling via de diagnostische vragenlijsten op het einde van de begeleiding zelfs afgeschaft. Zonder gegevens verkregen op het einde van de begeleiding is het echter onmogelijk om evoluties ten opzichte van de beginsituatie in kaart te brengen, en dus om zicht te krijgen op de eigen effectiviteit.

Tot slot

Het E-project werd beschreven als een implementatieproject (Taels, 2016, p. 13). Dit lijkt een te zwakke weergave van de complexiteit van het project dat op poten is gezet. In de literatuur zou het aangegeven implementatieproject een 'Tweede orde verandervraagstuk' worden genoemd (Boonstra, 2000). Het is een implementatieproject dat zich kenmerkt door zijn complexiteit. Het heeft een invloed op een groot deel van de organisatie en vraagt een andere werkwijze van de professionals. Zo een verandertraject wordt liefst geleidelijk en procesmatig gerealiseerd, en alle betrokkenen worden in alle fasen van het proces betrokken. De ondersteuning is niet alleen gericht op veranderingen in de organisatiestructuur. Individuele hulpverleners moeten worden ondersteund bij het invoeren en adapteren van de vernieuwingen.

In implementatietaal resulteerde het E-project in de verspreiding, de adoptie en de invoering van de vernieuwingen (Daamen, 2015). Het betreft (1) het werken met een beschreven methodiek, (2) het werken met gestandaardiseerde diagnostische instrumenten bij intake en afronding van een begeleiding en (3) het doelgericht werken door het gebruik van SMART-geformuleerde doelstellingen. Na deze eerste drie fasen volgt de fase van de borging. In deze fase hebben de hulpverleners de nieuwe technieken geïntegreerd in hun werkwijze en de uitvoering ervan wordt geëvalueerd en bijgesteld (Daamen, 2015). Deze evaluatie wordt liefst gedaan via een continue monitoring van de voortgang en de

resultaten en het structureel bieden van ondersteuning door intervisie, training en middelen om de interventie te blijven onderhouden. Wanneer we dit bekijken, komt het praktijkgericht effectonderzoek weer om de hoek kijken. Immers, om een praktijkgericht onderzoek uit te voeren heb je gegevens nodig. Deze kunnen verkregen worden via een continue en systematische monitoring van de evolutie van cliënten en van het handelen van de hulpverleners. Kortom, aangekomen in de borgingsfase met zijn nadruk op monitoring en evaluatie liggen de kansen voor een doorstart van het praktijkgericht effectonderzoek.

Literatuur

Berwick, D. M. (2003). *Disseminating innovations in health care*. *Journal of the American Medical Association*, 289, 1969-1975.

Boonstra, J. J. (2000). *Lopen over water. Over de dynamiek van organiseren, veranderen en leren*. Amsterdam: Vosiuspres.

Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2008). *Efficacy and effectiveness in developing treatment manuals*. In A. Nezu & C. Nezu (Eds.), *Evidence-based outcome research: A practical guide to conducting controlled trials for psychosocial interventions*. (pp. 219-244). Oxford: University Press.

Daamen, W. (2015). *Wat werkt bij het implementeren van jeugdinterventies*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Fleuren, M. A. H., Paulussen, T. G. W. M., Van Dommelen, P., & Van Buuren, S. (2014). *Towards a measurement instrument for determinants of innovations*. *International Journal for Quality in Health Care*, 26, 501-510.

Foolen, N., Van der Steege, M., & de Lange, M. (2011). *Beschrijven van methodisch handelen. Handreiking om te komen tot een overdraagbare interventie*. Utrecht: NJI.

Hermanns, J. (1993). *Tussen praktische theorieën en theoretische praktijken*. In S. M. J. Van Hekken, N. W. Slot, J. Stolk & J. W. Veerman (Eds.), *Pedagogie tussen wetenschap en praktijk*. (pp. 19-30). Utrecht: De Tijdstroom.

Langley, C., Nolan, K., Nolan, T., Norman, C., & Provost, L. (1996). *The improvement guide: a practical approach to improving organizational performance*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Taels, W. (2016). *Het E-project. Evidence-based werken in de Vlaamse Jeugdhulp, een praktijkverhaal*. Gent: De Cocon, Jeugdhulp aan Huis.

Van Yperen, T. (2003). *Gaandeweg. Werken aan effectiviteit van de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

Van Yperen, T., Bijl, B., & Veerman, J. W. (2008). *Op weg naar veelbelovend*. In T. van Yperen & J. W. Veerman (Eds.), *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgericht effectonderzoek in de jeugdzorg*. (pp. 35-56). Delft: Eburon.

Veerman, J. W., & Van Yperen, T. (2008). *Wat is praktijkgestuurd effectonderzoek?* In T. van Yperen & J. W. Veerman (Eds.), *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. (pp. 17-34). Delft: Eburon.

Evidence-based
werken in de
Nederlandse
jeugdhulp.

Evidence-based werken in de Nederlandse jeugdhulp.

Dr. Wim Gorissen en Prof. Dr. Tom van Yperen, Nederlands Jeugdinstituut.

De publicatie van het rapport over “Het E-project”, naar aanleiding van de ontwikkeling van het evidence-based werken in De Cocon⁸⁰, biedt een mooie aanleiding een vergelijking te maken tussen de ontwikkelingen in de Vlaamse en de Nederlandse effectiviteitsbeweging in de jeugdhulp. Het rapport geeft in hoofdstuk 2 een overzicht van de ontwikkelingen in het denken over evidence based werken in het Vlaamse sinds de introductie van de term in het Globaal Plan Jeugdzorg in 2006. Het rapport laat de discussie over definities zien, alsmede de keuze van ‘De Cocon’ voor “op bewijsvoering gesteund” werken. Daarbij sluit ‘De Cocon’ aan bij de definitie waarbij verschillende vormen van onderzoek mogelijk zijn om uitspraken te doen over effectiviteit. Deze betekent de integratie van de beschikbare onderzoeks-evidentie met de professionele expertise van praktijkwerkers en de voorkeuren en verwachtingen van cliënten.

Prof. Johan Vanderfaellie geeft in zijn beschouwingen over het E-project van ‘De Cocon’ als ontwikkelen en implementatieproject aan wat de wetenschap ons kan leren inzake het opzetten van een praktijkgestuurd effectonderzoek en de implementatie van vernieuwingen. Hij wijst op het belang van aansluiting van praktijkgestuurd effectonderzoek op het ontwikkelingsniveau van de interventie, van de inbedding van dat onderzoek in de dagelijkse hulpverleningspraktijk en van benutting van de onderzoeksresultaten door de hulpverleners. Daarbij duidt hij onder meer op het belang van de implementatietaal en de plan-do-study-act cyclus. Zijn beschouwing maakt duidelijk dat verbetering op alle drie de componenten (aansluiting, inbedding, benutting) wenselijk is.

Om de ontwikkelingen bij ‘De Cocon’ in een breder kader te kunnen schetsen, is het goed te beginnen bij het begin: de ontwikkeling van het evidence based paradigma in de geneeskunde. De discussie in de geneeskunde heeft duidelijke parallellen met de discussie binnen de jeugdhulp. Daarom beginnen we bij het ontstaan van en de hedendaagse kritiek op de evidence based medicine. Daarna beschrijven we de ontwikkeling van evidence based practice in de jeugd- en opvoedhulp in Nederland, de huidige situatie daarin en de actuele discussie aldaar. Na een beschrijving van de invloed van de transitie van de jeugdhulp naar de gemeenten, sluit de notitie af met enkele conclusies en vragen voor de verdere discussie.

Van “eminence based” naar “evidence based” werken in de geneeskunde

Zo’n 25 jaar geleden is er in de geneeskunde een beweging op gang gekomen om van “eminence based medicine” (een op gezag c.q. “grijze haren” gebaseerde geneeskunde) te komen 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 clinicus te weinig open stond 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 clinicus.

David Sackett e.a. 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 patiënten⁸¹. Omdat kennis en doelstellingen altijd ingekaderd zijn in een vigerend waardensysteem, is dat waardensysteem later toegevoegd aan het denkmodel (zie de figuur). Dat is met name relevant waar politieke keuzes in de zorg nodig zijn. Dan blijken niet alleen wetenschappelijke overwegingen een rol te spelen, maar ook

⁸⁰ Het E-project. Evidence-based werken in de Vlaamse Jeugdhulp, een praktijkverhaal. Taels W. (red), 2016.

⁸¹ Sackett DL et al. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone, 1997.

juridische (gelijkheidsbeginsel), economische (verdelen van schaarste) en politiek-bestuurlijke (het oplossen van enkele problemen voor de samenleving binnen een dominant waardensysteem)⁸².

Model voor evidence based practice



In de geneeskunde heeft de EBP-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 Collaboration⁸³ 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 kreeg een vertaling 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 jeugd-psychiatrie.

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)⁸⁴. 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. 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 systematische reviews 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

⁸² Zie ook: Gorissen WHM. Kennis als hulpbron; het gebruik van wetenschappelijke kennis in de jeugdgezondheidszorg voor 4-19 jarigen. Proefschrift Universiteit Utrecht, 2001.

⁸³ Cochrane is een internationale, onafhankelijke, non-profit organisatie 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/>

⁸⁴ Gray M. Evidence-based healthcare and public health: how to make decisions about health services and public health. Churchill Livingstone / Elsevier, 2013.

industrie op het wetenschappelijk onderzoek en kregen binnen de richtlijnen de geneesmiddelen en technische oplossingen steeds meer nadruk.

Deze belangenverstrengeling en eenzijdige nadruk op wetenschappelijke kennis over deelgebieden leidden tot een kritiek op EBM, samen te vatten in ⁸⁵ :

- Misbruik van het “keurmerk” EBM 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 patiëntgeoriënteerd;
- Evidence based richtlijnen zijn slecht bruikbaar voor complexe multimorbiditeit.

Deze kritiek gaat gepaard met een pleidooi voor “echte” EBM, die:

- De zorg voor de patiënt weer topprioriteit maakt, ook vanuit ethisch perspectief;
- Uitgaat van geïndividualiseerde evidence in een vorm die clinici en patiënten begrijpen;
- Niet strak richtlijnen etc. volgt, maar deze gebruikt bij de professionele beoordeling;
- Beslissingen neemt samen met patiënten in betekenisvolle conversaties⁸⁶;
- Bouwt op een sterke hulpverlener-patiënt relatie en de menselijke aspecten van zorg;
- Deze principes ook op samenlevingsniveau gebruikt 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 ⁸⁷ .

Onderdeel van de kritiek is ook de eenzijdige benadering van wetenschappelijke kennis met de randomized controlled trial als de “heilige graal” van het wetenschappelijk onderzoek. Op de recente conferentie Jeugd in Onderzoek (14 maart 2016) werd door twee hoogleraren kinder- en jeugdpsychiatrie nog gepleit voor andere vormen van wetenschappelijk onderzoek als kleinschalig praktijkonderzoek in samenwerking tussen 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. Toch kunnen creatieve onderzoekers alternatieve controle-condities construeren waardoor uitspraken zijn te doen 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.

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

De start

Sinds een jaar of 15 is het evidence based paradigma ook geland in de jeugd- en opvoedhulp. Dit is begonnen met de constatering van Amerikaanse gasten in de jaren negentig dat de aanpak van de opvoedhulp in Nederland onderbouwing miste. Zij vatten het samen als “nice facilities – poor programs”. In de jaren daarna werden een aantal met name in de VS en Australië ontwikkelde programma's naar Nederland, zoals Families First, Homestart, Triple P, Moeders Informeren Moeders, Opvoeden: Zo!, MST, FFT, PMTO en Kaleidoscoop. Programma's die goed waren onderbouwd, die veel aandacht hadden voor training, supervisie, bij- en nascholing en programma-integriteit, die onderzoek deden naar doelrealisatie / effectiviteit en die materiaal konden leveren 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

⁸⁵ Greenhalg T et al. Evidence based medicine: a movement in crisis? BMJ 2014;348:g3725; of via <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g3725> ; zie ook de reacties op dit artikel!

⁸⁶ Zie ook: Greenhalg T et al. Six 'biases' against patients and carers in evidence-based medicine. BMC Medicine (2015) 13:200. Of via <http://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-015-0437-x>

⁸⁷ Philippe Delespaul, Michael Milo, Frank Schalken, Wilma Boevink, Jim van Os. Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie. Leusden, Diagnosis Uitgevers, 2016. - Hoofdstuk 7: Wat is evidence based behandelen van psychische klachten?

“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 niettemin 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 of er naast “science based evidence” niet ook “practice based evidence” nodig is. Een duidelijke poging om de te smalle interpretatie van het EBP 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 om zelf ontwikkelde programma’s te onderbouwen en te laten toetsen op die onderbouwing.

Effectieve interventies

Er is toen een ontwikkelingsgericht model uitgewerkt om interventies in de jeugdhulp te beoordelen op de mate van evidence⁸⁸. Zo ontstond de onafhankelijke Erkeningscommissie Interventies die op verzoek van ontwikkelaars interventies beoordeelt op vier niveaus (de ontwikkelingsgerichte effectiviteitsladder):

1. Goed onderbouwd (momenteel 180 interventies)
2. Eerste aanwijzingen voor effectiviteit (17; vooral observationeel onderzoek)
3. Goede aanwijzingen voor effectiviteit (20; b.v. quasi-experimentele onderzoeken)
4. Sterke aanwijzingen voor effectiviteit (7; onderzoek met controlegroepen; zoals RCT’s).

Erkende interventies op het terrein van jeugd worden opgenomen in de Databank Effectieve Jeugdinterventies⁸⁹ van het Nederlands Jeugdinstituut. De Databank Effectieve Jeugdinterventies is niet alleen bedoeld als een “stand van de wetenschap”, maar vooral om een beweging te creëren en faciliteren richting een meer effectieve jeugdhulp. Het is bedoeld om ontwikkelaars te stimuleren om toe te werken naar een meer gevorderd ontwikkelingsniveau (‘opwaartse druk’).

Belangrijk aandachtspunt bij de beoordeling en het gebruik is dat niet alleen interventies op niveau 4 als effectief gelden; ook vanwege de in de vorige paragraaf beschreven beperkingen van de mogelijkheid om complexe interventies voor complexe problematiek in RCT-vorm te onderzoeken. Waar dat mogelijk is, is het wel zinvol dit te doen; 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 Effectieve Jeugdinterventies zien dit laatste punt even goed; dat geeft voeding aan kritiek op de bruikbaarheid van de Databank Effectieve Jeugdinterventies in de praktijk.

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 precies zo uit te voeren zoals ze onderbouwd, onderzocht en erkend zijn. Dit heeft tot

⁸⁸ Yperen T van & Veerman JW. Degrees of freedom and degrees of certainty: A developmental model for the establishment of evidence-based youth care. *Evaluation and Program Planning* 30 (2007) 212–221; Zie ook Yperen, T.A, van & Veerman, J.W. (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.

⁸⁹ Zie: <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies>

gevolg dat professionals in de praktijk interventies noodgedwongen – op basis van hun praktijkervaring – naar eigen inzicht aanpassen, met mogelijk nadelige gevolgen voor de effectiviteit. Een ander gevolg is dat professionals 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 is geworteld. In grote delen van de jeugdzorg, de jeugd-ggz en de gezondheidsbevordering is het idee van werken met EBP algemeen geaccepteerd onder professionals. In andere sectoren, zoals de sociale sector (hoewel ook in het sociaal werk de laatste jaren de beweging richting EBP sterker wordt ⁹⁰) 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, werd gesteld dat standaard methodieken vaak niet toepasbaar zijn; althans, ze riepen 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 bijna gemeengoed is, is er een sterke behoefte aan oplossingen voor het gebrek aan flexibiliteit in de uitvoering.

Aan de andere kant kunnen optimaal deskundig opgeleide professionals juist heel goed complexe casuïstiek met behulp van deze methodieken behandelen en begeleiden. Daarbij komt dat veel in de Databank Effectieve Jeugdinterventies opgenomen interventies helemaal niet strak geprotocolleerd zijn; 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. In combinatie met een goede monitoring van de uitkomsten van de hulp en een handelingsgerichte ondersteuning van de hulpverleners voor de flexibele praktisering van de werkzame elementen in de interventie blijken de professionals er goede resultaten mee te kunnen boeken.⁹¹

Werkzame elementen

Naast de Databank Effectieve Jeugdinterventies is er daarom ook een Databank Wat Werkt ontwikkeld, met kennis over werkzame elementen rond problemen, werkwijzen en doelgroepen ⁹². Lastig daarbij is dat veelal complete interventies zijn onderzocht op effectiviteit en niet de samenstellende 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 mede daarom momenteel een aantal consortia die voor bepaalde doelgroepen op zoek zijn de werkzame elementen ⁹³.

Het zoeken naar de werkzame elementen is ook internationaal een strategie die wordt gevolgd om bijvoorbeeld sociaal werkers het evidence based werken in hun praktijk te laten integreren ⁹⁴. Ook daar zien we dat dit bedoeld is om vanuit empirisch onderbouwde programma's de gewenste flexibiliteit van professionele opvoeders te faciliteren ⁹⁵. Deze ontwikkeling sluit aan op het zoeken naar "personalized

⁹⁰ Zie b.v. Buchanan, A.; Lara Montero, A.; Evidence-based Social Services: Toolkit for planning and evaluating social services, European Social Network, Brighton, 2015 – ook te vinden op <http://www.esn-eu.org/raw.php?page=files&id=1888>

⁹¹ Yperen, T.A. van (2013). Met kennis oogsten. Monitoring en doorontwikkeling van een integrale zorg voor jeugd. Utrecht / Groningen: Nederlands Jeugdinstituut / Rijksuniversiteit Groningen.

⁹² Zie: <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Wat-werkt>

⁹³ Zie: <http://www.zonmw.nl/nl/actueel/nieuws/detail/item/nieuwe-projecten-gehonoreerd-binnen-effectief-werken-in-de-jeugdsector/>

⁹⁴ Barth RP et al. Evidence-Based Practice at a Crossroads: The Timely Emergence of Common Elements and Common Factors. Research on Social Work Practice 22(1;2012) 108-119

⁹⁵ Mazzucchelli, T. G. & Sanders, M. S. (2010). Facilitating practioner flexibility within an empirically supported intervention: lessons from a system of parenting support. Clinical Psychology Science and Practice, 17, 238-252.

medicine” in de kinder- en jeugdpsychiatrie ⁹⁶ ; werkzame elementen kunnen de sleutel bieden om “gepersonaliseerde jeugdhulp” te bieden met gebruikmaking van de beschikbare kennis over wat werkt.

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 ⁹⁷. 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 hierbij een spelen zijn onder meer: de complexiteit van interventies, 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” ⁹⁸ 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 jeugdzorg-instellingen en 4 ondersteuningsorganisaties (waaronder het NJi), die een samenhangende meet- en verbeterbeweging in de jeugdsector willen realiseren ⁹⁹. 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 ¹⁰⁰, een aanpak uitwerkte voor de evaluatie van zorgprogramma’s en momenteel het opzetten van een lerende databank voorbereidt die de vergelijking van zorguitkomsten tussen instellingen en tussen vergelijkbare afdelingen mogelijk maakt.

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.

Een samenhangende strategie

De laatste tien jaren zijn vanuit ZonMw de programma’s “Zorg voor jeugd” en “Effectief werken in de jeugdsector” gefinancierd, waarvan een 14-tal academische werkplaatsen transitie jeugd en een aantal eerder genoemde consortia rond werkzame elementen in jeugdinterventies deel uitmaken.

Onderdeel van de borging van kennis over wat werkt, is het vertalen hiervan in handelingswijzen voor de praktijk. Dit krijgt vorm in de ontwikkeling van de richtlijnen jeugdhulp en jeugdbescherming ¹⁰¹, een programma dat met coördinatie vanuit het NJi leidt tot door de beroepsgroepen geautoriseerde richtlijnen.

⁹⁶ Ng MY et al. Annual research Review: Building a science of personalized intervention for youth mental health. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 57:3 (2016)216-236.

⁹⁷ Yperen T van & Veerman JW. *Zicht op effectiviteit: handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Uitgeverij Eburon, 2008.

⁹⁸ Zie o.a. Weisz JR et al. Do Evidence-Based Youth Psychotherapies Outperform Usual Clinical Care? A Multilevel Meta-Analysis. Digitale referentie: [10.1001/jamapsychiatry.2013.1176](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1176)

Weisz JR et al. Performance of Evidence-Based Youth Psychotherapies Compared With Usual Clinical Care. A Multilevel Meta-analysis. *Jama Psychiatry* 70:7(july 2013) 750-761

Weisz JR et al. Cognitive-Behavioral Therapy versus Usual Clinical Care for Youth Depression: An Initial Test of Transportability to Community Clinics and Clinicians. Digitale referentie: [10.1037/a0013877](https://doi.org/10.1037/a0013877)

⁹⁹ Zie www.sejn.nl

¹⁰⁰ Yperen, T.A. van, Wilde, E.J. de & Keuzenkamp, S. (2104). *Outcome in zicht*. Werken met prestatie-indicatoren in de jeugdhulp. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

¹⁰¹ Zie <http://www.richtlijnenjeugdhulp.nl/>

Hiernaast wordt vanuit het rijk nog het programma “Professionalisering Jeugdhulp en Jeugdbescherming” gefinancierd, om naast de ontwikkeling van effectieve interventies en werkzame elementen, ook het noodzakelijke vakmanschap verder te ontwikkelen.

Tevens hebben gemeenten, branche-organisaties in de jeugdhulp en het NJi de al eerder genoemde afspraken gemaakt over de landelijke invoering van prestatie-indicatoren om de uitkomsten van de jeugdhulp standaard te monitoren (de zogeheten ‘outcome-monitoring’).¹⁰²

Zo is een samenhangende strategie ontstaan om de effectiviteit van het jeugdveld in samenwerking tussen alle partners daarbinnen te versterken:

- De onafhankelijke erkenning van effectieve interventies en het documenteren en publiek toegankelijk maken daarvan (erkenningcommissies en Databank Effectieve Jeugdinterventies).
- Een databank “Wat Werkt” met literatuuroverzichten over werkzame elementen.
- De ontwikkeling en implementatie van op kennis over wat werkt (uit de drie kennisbronnen) gebaseerde en door de beroepsgroepen geautoriseerde richtlijnen.
- 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 middels ZonMw programma’s¹⁰³.
- De doorontwikkeling van de professionaliteit van de werkers in het jeugdveld middels beroepsregistratie, competentieprofielen et cetera.

Hiernaast vinden we het gedachtegoed over versterking van de effectiviteit van de jeugdhulp in veel projecten van uiteenlopende instellingen en organisaties. De resultaten zijn te vinden in brede kennisdossiers over een scala aan jeugdonderwerpen op de website van het NJi en andere kennispartners, die kennis toegankelijk maken voor de praktijk.

De verwijdering tussen waardegedreven en kennisgedreven zorg

Effect van dit alles was dat in de loop der jaren geleidelijk aan een steeds sterkere beweging ontstond die het “doen wat werkt” in de jeugd- en opvoedhulp stimuleerde. Voor een deel riep dit de associatie op van een aansluiting bij de hoofdstroom binnen de geneeskunde en de jeugd-ggz; inclusief de voorkeur voor “hogere” soorten van wetenschappelijk onderzoek, met name de RCT. Dit bleek bijvoorbeeld bij de Databank Effectieve Jeugdinterventies, die was opgezet als een ladder die de ontwikkeling van kennis over wat werkt moest stimuleren, maar in de praktijk vaak meer als een fuik werd beleefd.

Hierdoor ontstond er meer afstand ten opzicht van het sociaal werk en het welzijnswerk waarin de beweging richting kennisgedreven handelen minder sterk was. De afstand tussen degenen die uitgingen van kennisgedreven werken (doen wat werkt; meer medisch/interventiegericht denken) en degenen die uitgingen van waardegedreven werken (sociaal/pedagogisch gericht op de relatie en de dingen doen “om de goede redenen”) werd groter. Waar de oorspronkelijke gedachte van evidence based practice deze werelden juist beoogde te verbinden, ontstond in de praktijk dus een discussie over de verwijdering tussen beide benaderingswijzen. Er bleek wel veel kennis te zijn ontwikkeld over effectiviteit van interventies, maar er bleek veel minder te zijn gebeurd met de ontwikkeling van kennis 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 was duidelijk niet voor iedereen even helder. Ook was elk werkveld daarin niet op dezelfde manier in de ontwikkeling meegegaan. Met name in de jeugd-ggz bleek dat een sterk accent was komen te liggen op het kennisgedreven werken, terwijl het sociaal-maatschappelijk werk nog sterk als waardegedreven te karakteriseren was. Toen de verantwoordelijkheid voor de jeugdhulp per 1 januari 2015 overging van de zorgverzekeraars, de zorgkantoren en de provincies/stadsregio’s naar de gemeenten, kwam het de verwijdering tussen de twee benaderingen – en daarmee ook tussen verschillende werkvelden - nadrukkelijk aan het licht.

¹⁰² Vereniging Nederlandse Gemeenten / Branche-organisaties jeugdhulp / Nederlands Jeugdinstituut (2016). Harmonisatie outcome in jeugdhulp, jeugdgezondheidszorg, jeugdbescherming en jeugdreclassering – nadere uitwerking. [Www.nji.nl](http://www.nji.nl) > Dossier Monitoring

¹⁰³ Zie o.a.: En... werk het? 10 jaar onderzoek naar zorg voor de jeugd. ZonMw programma zorg voor jeugd, 2015.

De invloed van de transitie van de jeugdhulp naar gemeenten

Per 1 januari 2015 is de jeugdhulp in Nederland gedecentraliseerd naar de gemeenten. De jeugd- en opvoedhulp (inclusief de jeugdbescherming en jeugdreclassering, de jeugdzorg-plus en de pleegzorg), de geestelijke gezondheidszorg voor jeugd, de zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking zijn daarmee onder de financiële en bestuurlijke verantwoordelijkheid van de gemeente 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. Gemeenten denken bovendien veel meer politiek-bestuurlijk in termen van “dingen doen om de goede redenen” en minder in termen van “doen wat werkt” dan voorheen de zorgverzekeraars, de zorgkantoren en de provincies/stadsregio’s.

Dit werd met name zichtbaar in de vooral generalistisch werkende wijkteams (in wijken, maar in veel regio’s ook in het onderwijs), waar aanvankelijk veel scepsis heerste over de bruikbaarheid van goed-onderbouwde interventies. 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 evidence based paradigma minder vanzelfsprekend bleek¹⁰⁴ dan in het gezondheidszorgdomein en het jeugdzorgdomein.

Daardoor zijn een aantal vanzelfsprekendheden waarmee de beweging naar een meer evidence-based praktijk in met name 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 dat de voor de transformatie van de jeugdhulp noodzakelijke vooruitgang en innovatie hindert.

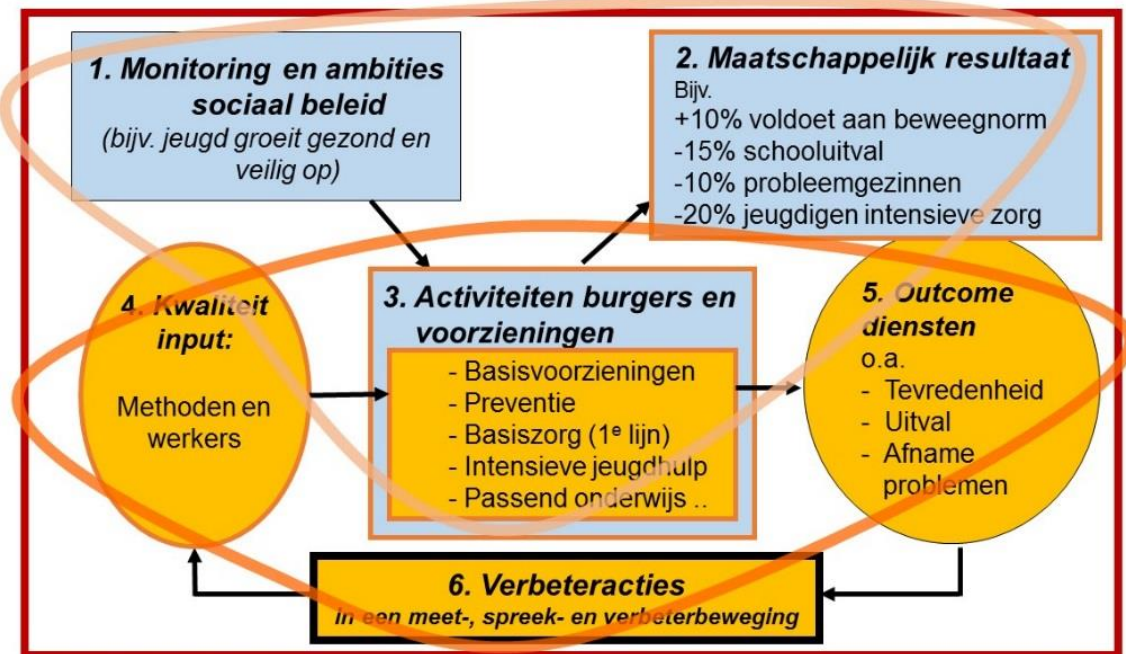
Anderen echter zien het loslaten van evidence based werken als iets wat ontstaat door hetzelfde gebrek aan kennis als wat er was toen de geneeskunde aan het begin stond van haar route. Ook internisten moesten aanvankelijk niks hebben van EBM, want dat zou niet werkzaam zijn voor hun complexe patiënten. 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-verbeter beweging op gang te brengen waarin beide cycli met elkaar in verbinding staan¹⁰⁵ (zie de figuur). Dit vraagt bovendien om een “vertaalslag” tussen de wereld van het gemeentelijk beleid en de wetenschappelijke wereld, die dezelfde werkelijkheid vanuit verschillende referentiekaders benaderen¹⁰⁶.

¹⁰⁴ Zie <http://www.socialevraagstukken.nl/dossiers/debat-sociale-interventies-onderzoeken-doe-je-zo/>

¹⁰⁵ Yperen, T.A. van (2013). Met kennis oogsten. Monitoring en doorontwikkeling van een integrale zorg voor jeugd. Utrecht / Groningen: Nederlands Jeugdinstituut / Rijksuniversiteit Groningen.

¹⁰⁶ Zie ook: Gorissen WHM. Kennis als hulpbron; het gebruik van wetenschappelijke kennis in de jeugdgezondheidszorg voor 4-19 jarigen. Proefschrift Universiteit Utrecht, 2001.



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

- Kunnen instellingen onderbouwen waarom hun aanbod bijdraagt tot de oplossing 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 maakt?
- 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 deze onbedoelde neveneffecten van de decentralisatie van de jeugdhulp weer te herstellen.

Wat heeft 15 jaar EBP ons nu gebracht?

Resumerend kunnen we concluderen dat:

- Er over de definitie van evidence based practice an sich weinig discussie lijkt te bestaan. Stakeholders zijn zich ervan bewust dat EBP gaat over het integreren van wetenschappelijke kennis met praktijkkennis, opleiding en ervaring van professionals en ervaringskennis, vragen en voorkeuren van cliënten en gezinnen.
- De verhouding tussen de drie genoemde kennisbronnen de afgelopen decennia niet in evenwicht is geweest, met per deelsector een ander onevenwicht.
- Er de afgelopen decennia breed in het jeugdveld veel gebeurd is waar het gaat om het gecoördineerd ontwikkelen van een EBP; met wel duidelijke verschillen tussen de deelsectoren. Tegelijkertijd zijn ook de beperkingen van EBP duidelijker in beeld gekomen.
- Er is een verschil ontstaan tussen degenen die vooral interventiegericht denken en hechten aan “doen wat werkt” en degenen die vooral hechten aan het sociaal-pedagogisch gericht zijn op de relatie en “dingen doen om de goede redenen” c.q. “aan de goede doelen werken”.

- De transitie van de jeugdhulp naar de gemeenten heeft de zich ontwikkelende discussie over de mogelijkheden en grenzen van EBP op scherp gezet. Ook is de verwijdering tussen de meer waarden-georiënteerde spelers en de meer kennisgeoriënteerde spelers duidelijker zichtbaar geworden. De decentralisatie brengt dit weer bij elkaar omdat de partijen min of meer tot elkaar veroordeeld zijn.

En nu? Naar een nieuwe kijk op evidence based werken

Er ligt dus een taak in het zoeken van een uitweg uit de discussie die is ontstaan rond EBP in de jeugdhulp. Om daaruit te komen is het nodig een gezamenlijke visie en werkagenda te ontwikkelen in een gezamenlijke inspanning van de belangrijkste stakeholders in het jeugdveld: brancheorganisaties, beroepsverenigingen, cliëntenorganisaties, gemeenten en kennisinstellingen (universiteiten, hogescholen, landelijke kennisinstellingen). En zo een gezamenlijk pad te bewandelen op weg naar “waardegedreven weten en doen wat werkt”.

Om deze vragen van een eerste antwoord te voorzien heeft het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) het initiatief genomen om de belangrijkste stakeholders (aanbieders zorg en welzijn; / beroeps- en cliëntenorganisaties, gemeenten, kennisinstellingen) via gezaghebbende, invloedrijke personen samen te brengen in een “denktank”. Deze denktank rondt haar werk begin 2017 af en wil dan een nieuwe kijk op evidence based werken in jeugdhulp kunnen presenteren, die gebaseerd is op “lerend werken met gebruik van bestaande kennis”. Daarbij vindt feitelijk een omkering plaats van werken met gebruik van kennis (wat nodig was om weg te komen van de oude “eminence based” zorg) naar lerend werken in “dialogue” tussen professional en de cliënt, gebruikmaken van de drie kennisbronnen uit de evidence based practice (wetenschappelijke kennis, praktijkkennis van professionals en ervaringskennis en voorkeuren van cliënten), ingebed in het heersende politieke waardensysteem. Dat biedt zowel op het niveau van de spreekkamer als op het niveau van de zorginkoop (tussen gemeenten en instellingen) als bij het innoveren van de zorg een goede om het beste te kunnen doen voor gezinnen en gemeenschappen.

Tot slot: wat kan ‘De Cocon’ hier nu mee?

Als we na deze beschouwingen over de ontwikkelingen rond “doen wat werkt” en “lerend werken” in de Nederlandse jeugdhulp weer kijken naar de ervaringen en ontwikkelingen bij ‘De Cocon’, kunnen we zeggen dat ‘De Cocon’ als pionier in het Vlaamse een interessante en zeer te waarderen worsteling laat zien met een boeiend en complex thema. Een worsteling die de hiervoor beschreven kansen en belemmeringen van het evidence based werken op de kleine schaal van een instelling zichtbaar maakt; en die ook laat zien hoe gedreven professionals en bestuurders zich een weg kunnen banen door de soms als een moeras voelende complexiteit. Het siert ‘De Cocon’ dat ze deze weg hebben willen bewandelen en hun ervaringen nu willen delen met de rest van Vlaanderen en Nederland.

We hopen dat onze bredere inkadering van de “casus” ‘De Cocon’ als onderdeel van een jeugdhulp-brede beweging, hen en anderen hen weer helpt bij de verdere ontwikkeling van een effectieve jeugdhulp. Het denken in termen van “lerend werken met gebruik van bestaande kennis” kan daarbij centraal staan. Dat betekent in elk geval: doorgaan met het onderbouwen van waarom een interventie zou kunnen werken voor het probleem dat de politiek signaleert; modelgetrouw uitvoeren van interventies met waar nodig beargumenteerde afwijkingen op basis van de confrontatie van de modelinterventie met de praktijkkennis van de hulpverlener en de ervaringen en voorkeuren van cliënten; en meten of de interventie ook het beoogde resultaat oplevert in termen van realisatie van behandeldoelen, uitval en cliënttevredenheid, zodat de meet-spreek- en verbeterbeweging onderhouden kan worden. Daarbij willen we dus in elk geval ook aansluiten op het pleidooi van Johan Vanderfaillie om continu de resultaten te meten van zowel de “care as usual” als van de nieuw ontwikkelde interventie.

Lijst met gebruikte afkortingen

ASR	Adult Self Report
BergOP	Behandelingsgerichte Evaluatie- en RegistratieGegevensOPslag
BESTE	Beoordelingsschaal Tevredenheid en Effect
BINC	Beleid in Cijfers
BJB	Bijzondere jeugdbijstand
BZW	Begeleid Zelfstandig Wonen
CaH	Crisishulp aan Huis
CBAW	Contextbegeleiding in functie van autonoom wonen
CBCL	Children's Behaviour Checklist
CKG	Centrum Kind en Gezin
CSL	Competentiescoringslijst
EBM	Evidence-based medicine
EBP	Evidence-based Practice
EBW	Evidence-based werken
GAS	Goal Attainment Score
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
IJH	Integrale Jeugdhulpverlening
IKT	Intensieve Kortdurende Thuisbegeleiding
IOA	Inventarisatielijst Omgaan met Anderen
IPT	Intensieve Pedagogische Thuisbegeleiding
KUL	Katholieke Universiteit Leuven
LIRIK	Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid
MPI	Medisch-Pedagogisch Instituut
NJI	Nederlands Jeugdinstituut
NRTJ	Niet Rechtstreeks Toegankelijke Jeugdhulp
OBVL	Opvoedingsbelasting Vragenlijst
OKIV-R	Ouder-Kind Interactie Vragenlijst - Revited
OOOC	Onthaal-, Oriëntatie- en Observatiecentrum
RCT	Randomized Controlled Trial
RTJ	Rechtstreeks Toegankelijke Jeugdhulp
SEJN	Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland
SMART	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdsgebonden
SMARTIE	Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden, Inspirerend en Eigen
SOS	Signs of Safety
SOW	Signs of Wellbeing
T1	Afname diagnostische vragenlijst op tijdstip 1 (begin van de begeleiding)
T2	Afname diagnostische vragenlijst op tijdstip 2 (einde van de begeleiding)
TB	Thuisbegeleiding
TNT	Terugkeer Naar Thuis?
UG	Universiteit Gent
VGF	Vragenlijst Gezinsfunctioneren
VGFO	Vragenlijst Gezinsfunctioneren Ouders
VSOG	Verkorte Schaal voor Opvoedingsgedrag
VUB	Vrije Universiteit Brussel
YSR	Youth Self Report

Bijlage - Publicaties betreffende het E- project

Eigen artikels over dit project

- Libbrecht Bart, De evidentie van evidence-based practice, een praktijkervaring uit de jeugdzorg, Alert, jaargang 37, nr. 5 december 2011.
- Libbrecht Bart, Zoeken naar passend bewijs voor de effectiviteit van de interventies van De Cocon vzw, gepubliceerd in Handboek integrale jeugdhulp, Politeia, Brussel, december 2011.
- Libbrecht, Bart: Een tango danst men met zes!, methodiek om de kwaliteit van de hulpverlening systematisch te verbeteren (reader project 'Een tango danst men met zes!'), verschenen in Zuurstof voor de bijzondere jeugdzorg, Cera, Leuven, februari 2013.

Artikels over ons project door derden

- Vanderfaeillie Johan, Implementatie van evidence-based praktijken in De Cocon vzw: stand van zaken en toekomstige ontwikkelingen, Gent, 2011 (Publicatie op de website De Cocon vzw en in jaarverslag 2011)
- Roose Rudi, Evidence-based jeugdzorg, verschenen in Zuurstof voor de bijzondere jeugdzorg, Cera, Leuven, februari 2013.

Publicaties waarbij dit project, of een onderdeel ervan, vermeld werd

- Van Leeuwen-den Dekker Petra, van Deth Anna, KR8!, voor jongeren in begeleiding, Movisie, Utrecht, november 2011.
- De Smet Sofie, Gedeelde kennis is dubbele kennis: expertise uit de Vlaamse jeugdhulp beschrijven, evalueren en delen, gepubliceerd in Handboek integrale jeugdhulp, Politeia, Brussel, november 2013.
- Roose Rudi, De Vos Karel, Verstraete Pieter, Van Behandelen naar handelen in de jeugdzorg, gepubliceerd in Handboek integrale jeugdhulp, Politeia, Brussel, november 2013.

Studiedagen, Symposia, congressen over evidence-based werken georganiseerd door 'De Cocon'

- 23/11/2007: academische zitting 'Evidence-based werken in de jeugdzorg'. Met lezingen van:
 - prof. dr. Jo Hermanns, hoogleraar opvoedkunde aan de Universiteit van Amsterdam over 'De toegevoegde waarde van evidence-based werken in de jeugdzorg';
 - prof. Hans Grietens, hoofddocent aan het Centrum voor Gezins- en Orthopedagogiek van de Katholieke Universiteit Leuven over 'Wetenschappelijk onderbouwd werken in de jeugdzorg: Op zoek naar dienstbaar inzicht';
 - Dhr. Bert Van Puyenbroeck, orthopedagoog/familietherapeut en als onderzoeker verbonden aan de Vrije Universiteit Brussel. Over 'de onderzoeksresultaten m.b.t. Crisisshulp aan Huis in Vlaanderen'.
- 27/10/2011 Congres 'EBP (evidence-based practice), levert het ons iets op?' Op dat congres reflecteerden (na de beschrijving en evaluatie van het traject van De Cocon vzw door Bart Libbrecht) prof. Johan Vanderfaeillie, prof. Tom van Yperen en dr. Rudi Roose over de manier waarop De Cocon vzw EBP uitwerkt. Goede praktijken, knelpunten, neveneffecten, leerkansen en bedenkingen werden met het publiek gedeeld. Daarna werden de sprekers uitgenodigd voor een debat onder leiding van Ignace Van Dingenen, voorzitter van De Cocon vzw.

De Cocon vzw als gastspreker op symposia, congressen, studiedagen

- 25/03/2011 symposium van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: 'Hoe werken aan een effectieve en efficiënte hulp- en dienstverlening? Perspectieven vanuit Europa, de wetenschap en de praktijk'. Bijdrage van De Cocon vzw: 'De implementatie van evidence-based practice in De Cocon vzw, een praktijkvoorbeeld door Wim Taels en Bart Libbrecht, directeur en adjunct-directeur van De Cocon vzw'.
- 23/10/2012 studiedag van het Expertiseplatform Jeugdzorg: 'Efficiëntie en effectiviteit in de bijzondere jeugdzorg: bruggen bouwen tussen wetenschap, praktijk, gebruikers en overheid'. Bijdrage van De Cocon vzw: 'Praktijkvoorbeeld samenwerking tussen praktijk en de wetenschappelijke wereld' door Anouk Pieters (coördinator TB en IKT) en Fleur Bartsioen (begeleidster TB).

“Als sociale ondernemers streven alle organisaties voor jeugdhulp naar een zo kwaliteitsvol en efficiënt mogelijke werking. Dit is een zoektocht die nooit af is en die begint met het durven in vraag te stellen van wat we doen en hoe we het doen. In 2006 introduceerden we in deze context het evidence-based werken als ondersteunend principe. Nu, 10 jaar later, merken we dat de sector hierin nog steeds zoekende is. Dit boek, dat als grote verdienste heeft dat het onderwerp, vanuit de realiteit van elke dag bekeken en in het ruimere beleid van een organisatie gepositioneerd wordt, prikkelt, inspireert en ondersteunt de sector om van het evidence-based werken niet enkel een keuze van het beleid, maar ook van de individuele organisatie te maken.”

DAVID DEBROUWERE

Afdelingshoofd - Afdeling Voorzieningenbeleid – Agentschap Jongerenwelzijn

Wim Gorissen is arts voor maatschappij en gezondheid en gepromoveerd op de relatie tussen wetenschap en beleid in de jeugdgezondheidszorg. Na 15 jaar in de openbare gezondheidszorg en 14 jaar in de kinder- en jeugdpsychiatrie werkt hij sinds 1 december 2015 als directeur van het programmacluster Effectiviteit en Vakmanschap bij het Nederlands Jeugdinstituut.

Wim Taels is sinds 2005 directeur van De Cocon, Jeugdhulp aan Huis. Samen met zijn team zoekt hij naar manieren om de jeugdhulpverlening transparanter, effectiever en meer wetenschappelijk onderbouwd te maken. “Als blijkt dat er een groep onvoldoende baat heeft bij een bepaalde aanpak, dan moeten we voor deze groep ‘iets’ vinden wat wel werkt.”

Johan Vanderfaeillie is orthopedagoog. Hij werkt als universitair hoofddocent aan de Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen van de Vrije Universiteit Brussel, vakgroep Klinische en Levenslooppyschologie. Hij is gespecialiseerd in het domein van de jeugdhulpverlening met een bijzondere interesse voor pleegzorg. Binnen pleegzorg heeft Johan Vanderfaeillie verschillende onderzoeken verricht naar de effectiviteit van pleegzorg en hierover gepubliceerd. Hij was wetenschappelijk promotor van het project ‘Pleegouders Versterken in Opvoeden’ (PVO) en ‘Samenwerken ondersteunen in Pleegzorg’ (SOP). Actueel ontwikkelt hij samen met zijn team een protocol inzake gezinsbegeleiding met als finaliteit gezinshereniging in geval van perspectiefzoekende pleegzorgplaatsingen.

Tom van Yperen is orthopedagoog. Zijn werk is vooral gericht op de kwaliteit van de hulp- en dienstverlening voor jeugdigen en hun opvoeders. Hij geeft aan instellingen, gemeenten, landelijke organisaties en overheden advies over de kwaliteit en de transformatie van het jeugdstelsel en de ontwikkelingen in het passend onderwijs. Vanwege het Nederlands Jeugdinstituut is hij bijzonder hoogleraar ‘Monitoring en innovatie zorg voor jeugd’ bij de Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Orthopedagogiek. Vanuit die rol entameert en ondersteunt hij veel effectiviteitsonderzoek en draagt hij bij aan de vernieuwing van de opleiding van professionals in het jeugddomein.