

Client-, professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd

Verkenning van kennis en kennishiaten voor het
ZonMw-programma Effectief werken in de jeugdsector

Jorien Barnhoorn
Suzanne Broeren
Marjolijn Distelbrink
Marieke de Greef
Amy van Grieken
Wilma Jansen
Trees Pels
Huub Pijnenburg
Hein Raat



ZonMw

Cliënt-, professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd

*Verkenning van kennis en kennishiaten voor het ZonMw-programma
Effectief werken in de jeugdsector*

Jorien Barnhoorn
Suzanne Broeren
Marjolijn Distelbrink
Marieke de Greef
Amy van Grieken
Wilma Jansen
Trees Pels
Huub Pijnenburg
Hein Raat

Augustus 2013



Kenniswerkplaats
Tienpius



Hogeschool  van Arnhem en Nijmegen

*Verwey-
Jonker*
Instituut

Inhoud

Inleiding	4
Deel 1 DE STUDIE: OPDRACHT, AANPAK EN KADER	5
1 Doel van de overzichtsstudie	6
2 Methode	7
2.1 Procedure literatuurverkenning	7
2.2 Zoekstrategie literatuuroverzicht	8
3 Conceptueel kader	11
3.1 Inleiding	11
3.2 Integratief Werkzame Factorenmodel voor de jeugdsector	11
3.3 Het microniveau	13
3.4 Deze verkenning	15
Deel 2 BEVINDINGEN	17
4 Cliëntfactoren	18
4.1 Preventieve veld	18
4.2 Jeugdgezondheidszorg	20
4.3 Jeugd geestelijke gezondheidszorg	20
4.4 Geïndiceerde jeugdzorg	21
4.5 Samenvatting: beschikbare kennis over cliëntfactoren	22
5 Professionalfactoren	24
5.1 Preventieve veld	24
5.2 Jeugdgezondheidszorg	24
5.3 Jeugd geestelijke gezondheidszorg	25
5.4 Geïndiceerde Jeugdzorg	25
5.5 Samenvatting: beschikbare kennis over professionalfactoren	26
6 Alliantie cliënt-professional	28
6.1 Preventieve veld	28
6.2 Jeugdgezondheidszorg	28
6.3 Jeugd geestelijke gezondheidszorg	29
6.4 Geïndiceerde Jeugdzorg	29
6.5 Samenvatting: beschikbare kennis over de alliantie	30
7 Overzicht van hiaten	31
7.1 Algemene bevindingen	31
7.2 Hiaten in kennis over cliëntfactoren	33
7.3 Hiaten in kennis over professionalfactoren	34
7.4 Hiaten in kennis over de alliantie cliënt-professional	35
Deel 3 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	37
8 Conclusies	38
8.1 Bevindingen	38
8.2 Methodische hiaten	40
8.3 Aangepast IWF-model	41
9 Vervolgonderzoek werkzame factoren: advies	42
Referenties	49

Bijlagen

I	Geraadpleegde deskundigen	55
II	Zoektermen	56
III	Overzicht van de gebruikte literatuur in deel II	59
IV	Overzichtstabel gevonden factoren in relatie tot uitkomstmaten	63
V	Overzicht resultaten per domein, weergegeven in het IWF-model	68
VI	Kenmerken en competenties generalist zorg voor jeugd	72
VII	Diversiteitgevoeligheid professionals/alliantie	78
VIII	Bij de samenwerkende partners lopend onderzoek	82

Inleiding

ZonMw programmeert al geruime tijd onderzoek naar effectieve interventies. Ook het programma Effectief werken in de jeugdsector (2012-2019; ZonMw, 2012) beoogt bij te dragen aan verhoging van de effectiviteit van de zorg. Dit programma heeft als missie: het vergroten, bundelen en uitdragen van kennis over het bevorderen van de psychosociale ontwikkeling van kinderen en jeugdigen die bruikbaar is voor de (huidige) sectoren jeugdgezondheidszorg, lokaal preventief jeugdbeleid en/of cliënten op het snijvlak van geïndiceerde jeugdzorg/jeugd-ggz/jeugd-lvb. De kennis die het programma oplevert ondersteunt de kwaliteit van zorg in het huidige en nieuwe stelsel voor de zorg voor jeugd.

Belangrijk binnen het programma Effectief werken in de jeugdsector is dat ZonMw haar blikveld nu verbreedt van louter onderzoek naar specifiek werkzame factoren (lees: interventiemethoden en -technieken) naar een combinatie van specifiek en algemeen werkzame (interventie-nonspecifieke) factoren, in de internationale literatuur vaak aangeduid als 'common factors' (zie voor een overzicht van al deze therapeutische factoren bijv. Pijnenburg (2010), Van Yperen, Van der Steege, Addink, & Boendermaker (2010), en Duncan, Miller, Wampold & Hubble (2010)). Deze bredere visie op therapeutische factoren wordt tevens weerspiegeld in het rapport *Kwaliteit voor Jeugd* dat de ministeries van VWS en V&J vorig jaar publiceerden (Van Herk et al., 2012), en in recente Kamerbrieven aangaande de zorg voor jeugd van de bewindslieden Veldhuijzen van Zanten-Hyllner (2012) en Van Rijn en Teeven (2013).

Ter voorbereiding op de programmering van onderzoek naar algemeen werkzame factoren heeft ZonMw aan een consortium van onderzoekers de opdracht verleend tot een verkenning van de beschikbare kennis, en hiaten daarin, betreffende drie van zulke factoren die de effectiviteit van zorg beïnvloeden: cliëntfactoren, professionalfactoren en de alliantie tussen cliënt en professional. Het overzicht moest betrekking hebben op de sectoren lokaal preventief jeugdbeleid, jeugd-ggz, jeugdgezondheidszorg en geïndiceerde jeugdzorg/jeugd-lvb.

De verkenning is opgesteld door een consortium van vier samenwerkende partijen, te weten het Verwey-Jonker Instituut, de Kenniswerkplaats Tienplus (Amsterdam), het Kennisnetwerk Zorg voor Jeugd Rotterdam-Rijnmond en het lectoraat Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd/Kenniscentrum HAN Sociaal van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. De onderzoekers zijn bijgestaan door een klankbordgroep bestaande uit wetenschappelijke en praktijkexperts. De groep is geraadpleegd over de opzet en uitvoering van de studie en bij het interpreteren van de uitkomsten. Ook zijn de bevindingen voorgelegd aan praktijkdeskundigen uit het veld van zorg voor jeugd, zowel formele als informele (zelf)organisaties. Zie bijlage 1 voor een overzicht van de geraadpleegde experts en hun functies. Hun commentaar en aanvullingen zijn in de rapportage verwerkt. Met hun inbreng hebben de experts een belangrijke bijdrage geleverd aan de kwaliteit van de studie, waarbij de verwerking ervan uiteraard voor onze verantwoording is.

Leeswijzer

Deel I van het voorliggende rapport beschrijft in hoofdstuk 1 het doel van de studie, hoofdstuk 2 gaat in op de aanpak van de kennisinventarisatie en hoofdstuk 3 op het conceptuele kader.

Deel II geeft de bevindingen weer, inclusief het commentaar van de geraadpleegde deskundigen. Hoofdstuk 4 biedt een overzicht van de kennis(hiaten) wat betreft cliëntfactoren, hoofdstuk 5 gaat in op de professionalfactoren en hoofdstuk 6 op de factoren met betrekking tot de alliantie tussen cliënt en professional. Hoofdstuk 7 beschrijft de samengevatte bevindingen en gevonden kennishiaten.

Deel III bevat de conclusies en aanbevelingen op basis van de bevindingen. In hoofdstuk 8 worden de bevindingen uit het huidige rapport weergegeven. Hierin komen zowel de conclusies als de hiaten aan bod. In hoofdstuk 9 formuleren wij adviezen voor vervolgonderzoek.

Deel 1

DE STUDIE: OPDRACHT, AANPAK EN KADER

1 Doel van de overzichtsstudie

Vanwege het belang van nader inzicht in algemeen werkzame factoren in de zorg voor jeugd heeft het consortium van onderzoekers een verkenning uitgevoerd van beschikbare kennis en hiaten daarin. De verkenning gebeurde zowel op basis van binnen- als buitenlands onderzoek. Er is gekeken naar het effect op de hulpverlening van de volgende typen factoren:

- cliëntfactoren
- professionalfactoren
- alliantiefactoren (specifiek: de alliantie tussen cliënt en professional)

Hierbij stonden factoren, kenmerken en competenties centraal die relevant zijn in de (huidige) sectoren jeugdgezondheidszorg, lokaal preventief jeugdbeleid en het snijvlak van geïndiceerde jeugdzorg/jeugd-ggz/jeugd-lvb. Het overzicht gaat voorts waar mogelijk in op:

- kenmerken, factoren, competenties die van belang zijn voor de ‘nieuwe’ (generalistische eerste-lijns) professional: werken volgens de transformatie jeugdzorg-principes eigen kracht, ontzorgen en normaliseren.
- jeugd en hun ouders uit migrantengroepen, met een lage opleiding en beperkte gezondheidsvaardigheden. Met de gangbare methoden en interventies worden deze groepen niet altijd effectief bereikt, en professionals weten vaak niet goed hoe hen effectief te ondersteunen. Cliënt- en professionalfactoren en werkaliantie spelen juist bij deze groepen een belangrijke rol.

Naast een overzicht van kennis en hiaten diende de verkenning adviezen op te leveren over hoe de bijeengebrachte kennis geëxpliciteerd kan worden in programmalijnen 1a (Het vergroten, bundelen en uitdragen van kennis over de zogeheten cliëntfactoren in het jeugddomein), 2a (Het vergroten, bundelen en uitdragen van kennis over de werkzame factoren bij beroepsbeoefenaren en in de alliantie tussen cliënt en beroepsbeoefenaren) en 3a (Kennisbevordering over de effectiviteit van psychosociale interventies en instrumenten die zijn opgenomen in de Databank Effectieve Interventies (DEI) en de Databank Instrumenten, Richtlijnen en Kwaliteitsstandaarden (DIRK) van het programma Effectief werken in de jeugdsector, en hoe de gesignaleerde kennishiaten opgelost kunnen worden.

2 Methode

2.1 Procedure literatuurverkenning

De kennisinventarisatie is als volgt uitgevoerd. Allereerst is door het kernteam binnen het consortium een theoretisch raamwerk geschetst dat als leidraad diende voor de zoektocht naar relevante literatuur (zie hoofdstuk 3). Mede aan de hand hiervan is de klankbordgroep geraadpleegd en is een zoekstrategie opgesteld (zie 2.2).

Vervolgens is per onderzoeksterrein een literatuuronderzoek gedaan (review) op de gebieden van preventieve opvoedsteun (hoofdverantwoordelijk: Verwey-Jonker Instituut/Kenniswerkplaats Tienplus), jeugdgezondheidszorg, jeugd-ggz (Kennisnetwerk Zorg voor Jeugd Rotterdam-Rijnmond) en overige geïndiceerde jeugdzorg (het lectoraat Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd/Kenniscentrum HAN Sociaal van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen). In het literatuuronderzoek is allereerst gefocust op internationale wetenschappelijke literatuur; in aanvulling daarop is de Nederlandstalige ‘grijze’ en wetenschappelijke literatuur meegenomen.

Vanwege de breedte van de thematiek en het korte tijdsbestek (enkele maanden) voor de uitvoering van deze inventarisatie, is voornamelijk teruggevallen op overzichtsstudies of reviews. Om daarbij bestaande kennis over cliënt- en professionalfactoren en alliantie optimaal te benutten zijn recente Nederlandse inventarisatiestudies meegenomen als basis voor de beantwoording van de door ZonMw gestelde vragen (De Swart, 2011; Pijnenburg, 2010; Van der Stel, 2012; Yperen, Van der Steege, Addink & Boendermaker, 2010). De verkenning kan niet als volledig worden beschouwd. Er is systematisch en uitgebreid gezocht naar literatuur en we hebben zoveel mogelijk overeenkomende zoekstrategieën gebruikt. Niettemin kunnen accenten op bepaalde bevindingen in het ene veld wat sterker zijn dan in het andere door enig verschil in focus of - mede via de adviezen van leden van de klankbordgroep - attendering op specifieke literatuur. Er is bijvoorbeeld niet systematisch gezocht naar etnische verschillen. Dat deze in de jeugdgezondheidszorg en jeugd-ggz wat sterker naar voren zijn gekomen, betekent niet dat ze er bijvoorbeeld in het preventieve veld van opvoedsteun of bij de geïndiceerde jeugdzorg niet toe doen.

De literatuurverkenning heeft een overzicht opgeleverd van de beschikbare kennis en de hiaten daarin. De bevindingen (deel II) zijn per factor en daarbinnen per terrein gegroepeerd. Een overzicht van de uiteindelijk gebruikte literatuur is opgenomen in bijlage III. Bij de bespreking en weging is gekeken naar de sterkte van de bewijslast. Daarbij is globaal de volgende indeling gehanteerd. Meta-analyses en internationaal gepubliceerde reviews in peer-reviewed tijdschriften zijn als sterk bewijs getypeerd, waarbij ook is opgelet of de bevindingen in meta-analyses en reviews eenduidig waren en soms nadere opmerkingen zijn gemaakt over de kwaliteit van de erin bijeengebrachte bronnen. Originele, methodologisch sterk onderbouwde studies zijn als matig bewijs beoordeeld. Originele methodologisch zwakke studies en ‘grijze’ literatuur, of literatuur waarin geen directe link is gelegd met uitkomsten van interventies zijn wat betreft bewijskracht als zwak beoordeeld. De termen sterk, matig en zwak zijn in het rapport ook wel meer in samenvattende of concluderende zin gebruikt. Bijvoorbeeld, matig bewijs dat in twee domeinen is teruggevonden is wat zwaarder gewogen bij domeinoverstijgende conclusies.

In de bijeenkomst met de klankbordgroep is op basis van de bevindingen besproken wat de belangrijkste kennishiaten rondom cliëntfactoren, kenmerken/competenties van professionals en de alliantie cliënt-professional zijn, hoe deze mogelijk opgelost kunnen worden en wat de prioriteiten zijn bij het oplossen van deze hiaten. Tevens is besproken hoe de kennis uit het overzicht geëxpliciteerd kan worden in programmalijn 1a, 2a en 3a van het programma Effectief werken in de jeugdsector. De concept conclusies en aanbevelingen zijn verder ook per e-mail voorgelegd aan praktijkdeskundigen uit het veld van zorg voor jeugd, zowel van formele als informele (zelf)organisaties. Deze deskundigen is gevraagd te reageren op het concept overzicht van resultaten en hiaten en aan te geven welke hiaten voor hen prioriteit hebben. Op basis van deze consultaties zijn de conclusies en aanbevelingen op enkele punten verder aangescherpt. Deze fase van het onderzoek diende als ‘bottom up’ toetsing van de bevindingen om na te gaan of de kennislacunes die tot dan toe zijn voorgedragen ook de prioriteit krijgen van deskundigen uit de doelgroepen zelf en de praktijk.

2.2 Zoekstrategie literatuuroverzicht

Hieronder staan per onderzoeksterrein (preventieve opvoedsteun, jeugdgezondheidszorg & jeugd-ggz en overige geïndiceerde jeugdzorg) de details wat betreft de zoekstrategie en gevonden literatuur voor de verkenning beschreven. Voor de gebruikte zoektermen zie bijlage II.

Voor alle onderzoeksterreinen geldt, dat de literatuursearches zijn uitgevoerd naar publicaties van de afgelopen 25 jaar voor reviews en meta-analyses en van de afgelopen tien jaar voor originele studies. De selectie van de via de searches gevonden literatuur heeft allereerst plaatsgevonden aan de hand van de titel en vervolgens op basis van de samenvatting.

De scheidslijn tussen de onderzoeksterreinen is niet altijd even scherp. Preventieve opvoedsteun kan bijvoorbeeld ook in de jeugdgezondheidszorg geboden worden. De bevindingen over de verschillende terreinen zijn niettemin per terrein weergegeven.

Preventieve opvoedsteun (inclusief thema's generalist en diversiteit)

Gezocht is naar reviewartikelen op het terrein van *parenting programmes* met aandacht voor cliënt-, professional- of alliantiefactoren. Het terrein van preventieve opvoedsteun is niet heel strikt afgebakend. Ook studies over ouderprogramma's in klinische settings zijn soms meegenomen, evenals studies onder ouders met (kinderen met) specifieke problemen of behoeften. Er is vooral gezocht naar de verzamelcategorie ouderprogramma's, in diverse settings.

De search is gestart in ERIC - waar we naar verwachting de meest relevante bronnen zouden vinden voor het preventieve domein - aangevuld met PsycINFO en PubMed. Via ERIC zijn 82 referenties gevonden, waarvan uiteindelijk 30 op basis van de in de database beschikbare samenvatting relevant bleken. Enkelenszins zijn afgevalen omdat ze bij nader inzien betrekking hadden op een ander domein of de tekst niet vindbaar was. Uiteindelijk zijn 25 studies nader bekeken. Via PsycINFO werden 92 referenties gevonden, waarvan 15 overlapt met referenties die gevonden zijn in ERIC. Vijf vielen binnen het kader van de studie en zijn toegevoegd aan de selectie van 25 uit ERIC. Via PubMed vonden we 84 referenties, waarvan een aantal overlapt met ERIC en/of PsycINFO. Uiteindelijk zijn er ook uit deze referenties vijf geselecteerd om te bekijken, waarvan er één bij nader inzien nog afviel vanwege ontbrekende relevantie voor deze studie; vier bleven er over voor samenvatting.

Via Geraldien Blokland (lid van de klankbordgroep van dit project en expert op het gebied van ontwikkeling en uitvoering van opvoedondersteuning) ontvingen we nog eens ruim 20 referenties. De meest relevante daarvan zijn bekeken. Deels betrof het grijze literatuur (veel over Groot-Brittannië), deels ook wetenschappelijke artikelen. Tot slot includeerden we enkele bronnen (eveneens grijs) die werden gevonden door informatiespecialisten van het Verwey-Jonker Instituut als bijproduct van de search in de databases.

In totaal zijn aldus 49 bronnen die relevante informatie leken te bevatten bekeken en volgens een vast stramien samengevat, waarvan 34 afkomstig uit de drie genoemde wetenschappelijke databases. Van deze 49 bronnen waren er uiteindelijk 25 die informatie geven over cliënt-, professional- of alliantiekenmerken en opvoedsteun; 20 bronnen bleken na samenvatting toch niet relevant. Een viertal overige bronnen leverde geen directe kennis op over factoren waar in deze studie naar is gezocht, maar wel over hiaten. Deze zijn wel meegenomen. Op het gebied van preventieve opvoedsteun zijn derhalve 29 bronnen gebruikt voor de uiteindelijke tekst.

Twee reeds beschikbare literatuurstudies van het Verwey-Jonker Instituut/Kenniswerkplaats Tien-plus over competenties en kenmerken van de in de transitie beoogde generalist en van professionals in relatie tot etnisch/culturele diversiteit zijn ten behoeve van de verkenning bewerkt en als respectievelijk bijlage VI en VII aan deze verkenning toegevoegd.

Jeugdgezondheidszorg en jeugd-ggz

Gezocht is naar reviewartikelen op het terrein van jeugdgezondheidszorg en jeugd-ggz met aandacht voor cliënt-, professional- of alliantiefactoren. De zoektocht is in eerste instantie op deze twee terreinen gezamenlijk uitgevoerd. Pas daarna is er onderscheid gemaakt tussen publicaties op het gebied van jeugdgezondheidszorg en jeugd-ggz.

De zoekstrategie heeft zich allereerst gericht op reviewstudies. Vooral bij de zoektocht naar literatuur over de jeugdgezondheidszorg is ook aandacht besteed aan literatuur over *bereik* van specifieke doelgroepen en factoren die daarbij van belang zijn. Dat houdt verband met het feit dat bereik, signalering en doorverwijzing de kern vormt van veel van het werk in de jeugdgezondheidszorg en er

minder daadwerkelijk interventies worden toegepast. De jeugdgezondheidszorg is de voordeur voor veel andere hulp en moet als voordeur een relatie met ouders weten op te bouwen. Omdat bereik in feite niet binnen het onderwerp van studie valt in onze review, is in de andere domeinen hier niet bewust naar gezocht.

Eerst is gezocht in de internationale literatuurdatabases PubMed en PsycINFO - waar we naar verwachting de meest relevante bronnen zouden vinden voor dit domein - en vervolgens in ERIC. De zoekresultaten uit deze searches zijn samengevoegd en leverden 81 artikelen op die op basis van titel relevant zouden kunnen zijn. Na het doornemen van de samenvatting bleven er hiervan 61 over die zijn meegenomen voor full-tekst review. Uiteindelijk bleken uit de full-tekst artikelen slechts vijf reviews zeer relevant en 27 reviews enigszins relevant. De overige reviews bleken niet relevant.

Behalve in deze drie grote internationale databases is gezocht naar relevante reviews bij de Campbell Collaboration, Cochrane Collaboration, en voor Nederlandse literatuur in Picarta en het NJI. Uit deze overige databases is geen relevante, aanvullende literatuur gevonden.

Naast de zoekstrategie die zich richtte op review studies is er aanvullend gezocht op originele studies waarmee eventuele hiaten in de gevonden literatuur opgevuld konden worden. Voor originele studies is gezocht via Google Scholar en PubMed. Daarnaast is een drietal experts uit het veld (dr A. Maras, lid van de klankbordgroep, J. Pauwelsen, manager Expertiseteam deelgemeente Feyenoord [Expertiseteam - deelgemeentelijke sluitende aanpak Jeugd], en I. Kruizinga MSc, Erasmus MC en GGD Rotterdam) geraadpleegd voor mogelijk relevante literatuur. Gezamenlijk hebben deze experts drie artikelen aangedragen, die niet uit de zoektocht naar voren gekomen waren en die relevant en bruikbaar gebleken te zijn voor het overzicht.

Uiteindelijk zijn er 24 artikelen opgenomen in de verkenning op de gebieden jeugdgezondheidszorg en jeugd-ggz. Hiervan hebben er 4 betrekking op van jeugdgezondheidszorg en 20 op het terrein van de jeugd-ggz.

Geïndiceerde jeugdzorg

Om te onderzoeken wat er al bekend is in de literatuur wat betreft cliëntfactoren, professionalfactoren en alliantie kenmerken die van invloed zijn op het resultaat van zorg en behandeling binnen de geïndiceerde jeugdzorg en zorg en behandeling voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking (jeugd-lvb), zijn verschillende databases geraadpleegd. Er is gezocht naar nationale en internationale literatuur. Voor de nationale literatuur is gezocht binnen Picarta. Daarnaast is er gekeken in de databank van het Nederlands Jeugdinstituut. De internationale databases die gebruikt zijn, zijn PsycINFO en ERIC.

Op basis van de gekozen zoektermen (zoals vermeld in bijlage II) werd er binnen de Nederlandse database geen overzichtsstudie of meta-analyse gevonden. Binnen PsycINFO werden 208 studies gevonden en binnen ERIC 196 studies. Na het lezen van de titels en samenvattingen van de artikelen, is uiteindelijk een selectie gemaakt van 17 studies. Twee van deze studies bleken niet relevant voor het domein geïndiceerde jeugdzorg. De overige 15 studies zijn gelezen en samengevat. Uiteindelijk zijn van de gelezen studies tien studies opgenomen in dit rapport. Andere studies bleken na het lezen geen antwoord te geven op de vraag welke werkzame factoren een rol speelden in de zorg of behandeling binnen de geïndiceerde jeugdzorg en jeugd-lvb.

Navolgend op de zoektocht naar meta-analyses en overzichtsstudies is er binnen de internationale database PsycINFO gezocht naar originele studies binnen de geïndiceerde jeugdzorg. Dit leidde tot 6612 resultaten. Om deze hoeveelheid in te perken, is er binnen deze resultaten gezocht naar artikelen met in de titel de verschillende termen voor 'factor' en het woord 'treatment'. Uiteindelijk kwamen hieruit 123 resultaten, waarvan op basis van titel en samenvatting vier artikelen zijn geselecteerd om te lezen en samen te vatten. Vervolgens is er stap-voor-stap door de 6612 mogelijk relevante artikelen gelopen. Hierin is, gezien de beperkte tijd, een splitsing gemaakt. Er is per domein-term (bijv. "youth care" of "residential home", etc.) steeds naar de eerste 100 resultaten gekeken. Deze resultaten zijn op basis van de titel gescand. Op het moment dat de titel aansloot op de onderzoeksvraag, is de samenvatting gelezen. Als ook deze passend bleek voor de huidige literatuurstudie is het artikel opgenomen in de leeslijst. Uiteindelijk leidde dit tot twee aanvullende artikelen die zijn gelezen en samengevat. Van de zes geselecteerde originele studies zijn er uiteindelijk 4 studies opgenomen in dit rapport.

Naast het zoeken naar studies binnen de genoemde databases is een aantal professionals (te weten: Jack de Swart (tevens lid van de klankbordgroep), Petri Embregts en John Roeden) gevraagd om moge-

lijk interessante artikelen aan te leveren/aan te wijzen. In totaal zijn veertien artikelen aangereikt met betrekking tot geïndiceerde jeugdzorg, gelezen en samengevat. Ook is er in referentielijsten van een aantal overzichtsstudies gekeken naar mogelijk relevante artikelen. Dit leverde geen extra (toevoegende) artikelen op. Van de aangereikte artikelen zijn de resultaten van negen studies opgenomen in het huidige rapport. Voor de jeugd-lvb search zijn van de tien aangereikte artikelen, twee artikelen van experts gebruikt in het huidige rapport. In de volgende hoofdstukken zullen de artikelen m.b.t. de jeugd-lvb onder het domein geïndiceerde jeugdzorg worden besproken.

3 Conceptueel kader

3.1 Inleiding

Het conceptuele model dat gehanteerd wordt als kader voor deze kennisinventarisatie is het Integratief Werkzame Factorenmodel voor de jeugdsector ([IWF-model] Pijnenburg & Van Hattum, 2013). Dit model en de begeleidende tekst zijn een bewerking van Pijnenburg (2010) en Pijnenburg en Van Hattum (2012). De oorspronkelijke versie van dit model werd met name ontwikkeld vanuit het perspectief van de geïndiceerde jeugdzorg. De hierna gepresenteerde, herziene versie is ontwikkeld vanuit het bredere jeugd(zorg)perspectief. De in de tekst geciteerde voorbeelden over wat er al bekend is met betrekking tot werkzame factoren, zijn vanwege de oorspronkelijke focus op de jeugdzorg vooralsnog voornamelijk uit deze sector (en de GGD) afkomstig.

Hoewel er voor de volledigheid in de onderhavige tekst eerst een toelichting wordt gegeven op het gehele IWF-model, richt de kennisinventarisatie zich alleen op de cliënt-, professional en alliantiefactoren. Deze factoren liggen op het microniveau in het IWF-model, dat verder nog een meso- en macroniveau onderscheidt. Het meso- en macroniveau zijn hier vooral van belang als context: diverse (beleids) ontwikkelingen die daar plaatsvinden zijn van invloed op (de interactie op) microniveau en dus van belang voor de interpretatie en inkadering van de bevindingen op microniveau.

3.2 Integratief Werkzame Factorenmodel voor de jeugdsector

In de literatuur over werkzame factoren in de psychosociale ondersteuning en hulpverlening worden traditioneel twee groepen werkzame factoren onderscheiden: specifieke interventies/programma's (of unieke methodisch-technische ingrediënten daarvan), en interventie-nonspecifieke, algemeen werkzame factoren. De discussie over welke van beide groepen factoren de grootste bijdrage levert aan effectieve ondersteuning en hulpverlening aan jeugdigen en gezinnen is vaak heftig maar nog niet beslecht. Bovenal is hij niet erg vruchtbaar, al is inmiddels wel helder dat algemeen werkzame factoren een verhoudingsgewijs grote impact hebben; beide groepen factoren doen er echter nadrukkelijk toe. Met Duncan et al. (2010) pleiten we daarom voor het loslaten van de traditionele rivaliteit tussen deze twee 'typen' factoren. Liever spreken we in algemeenheid van therapeutische factoren, of factoren die bijdragen aan effectieve verandering voor cliënten.

Bepleit wordt dat bewezen effectieve interventies samen met andere werkzame factoren een plek moeten krijgen in een breed gedragen, en omvattend model van werkzame of invloedrijke factoren (Duncan e.a., 2010). Zo'n breed gedragen conceptueel model is echter nog niet voorhanden. Wel zijn er enige modellen die in beperkte mate bekendheid genieten: het Working Alliance model van Bordin (1979), en een bewerking daarvan voor de praktijk van de reclassering van Ross, Devon, Polaschek en Ward (2007). De herziene versie van het IWF-model van Pijnenburg en Van Hattum (2012, 2013) is een poging zo'n model te ontwikkelen¹. Zie figuur 3.1. Het model is een uitbreiding van het oorspronkelijke werk van Bordin (1979) en Ross en collega's (2007).

Het IWF-model veronderstelt een wisselwerking tussen een groot aantal therapeutische factoren die (in)direct invloed hebben op de resultaten van het werken met jeugdigen en opvoeders in de jeugdsector. In het IWF-model zijn deze factoren geclusterd op drie niveaus.

- *Microniveau*: de directe leef- en invloedsfeer van jeugdigen/opvoeders: behalve om de jeugdigen en opvoeders zelf gaat het hier om betekenisvolle personen in hun (in)formele sociale netwerk, en om beroepskrachten, werkzaam in dienstverlenende organisaties in de jeugdsector, met wie zij samenwerken (formele steunbronnen). Dit microniveau is het hart van het IWF-model. De factoren die centraal staan in deze kennisinventarisatie liggen op dit niveau.
- *Mesoniveau*: het niveau van enerzijds de sociale (informele en formele) steunbronnen, en anderzijds de dienstverlenende organisaties ofwel professionele (formele) steunbronnen, die een rol (kunnen) spelen in het leven van jeugdigen en hun opvoeders/gezinnen.

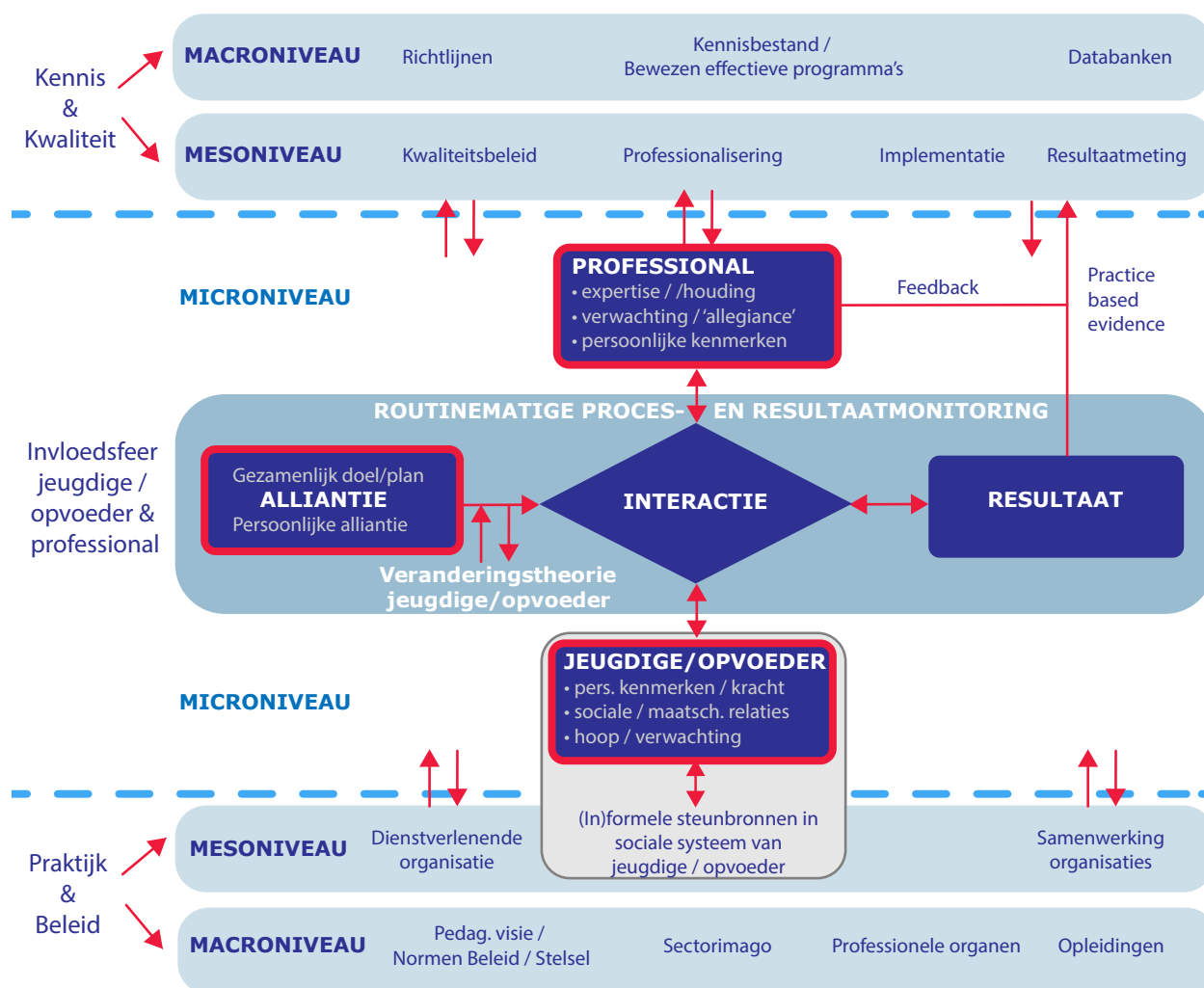
¹ Gezien de spaarzaamheid van onderzoeksliteratuur die betrekking heeft op de zorg voor jeugd is het IWF-model deels gebaseerd op literatuur die betrekking heeft op de volwassenen-ggz en -psychotherapie. Dit geldt deels ook voor de tekst in paragraaf 3.3.

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

Omwillen van de overzichtelijkheid zijn alle factoren op macro- en mesoniveau in een van twee te onderscheiden contexten geplaatst:

- *Praktijk & Beleid*: de context van zorg- en ondersteuningsbeleid/-stelsel, beroeps- en brancheorganisaties, en opleidingspraktijk
- *Kennis & Kwaliteit*: centraal staan hier wetenschappelijke kennis (ontwikkeling, verzameling, ontsluiting en implementatie), en monitoring en verantwoording van kwaliteit van het uitvoerende werk door beroepsbeoefenaren van dienstverlenende organisaties.

Figuur 3.1 Integratief Werkzame Factorenmodel voor de jeugdsector
(Pijnenburg, 2010; Pijnenburg & Van Hattum, 2013)



Meso- en macroniveau

Belangrijke *macroniveau*-factoren in de sfeer van *Praktijk & Beleid* zijn: (a) het vigerende Jeugd- en jeugdzorgbeleid en -stelsel, en de pedagogische en politieke normatieve grondslagen daarvan. Ook vinden we hier (b) het publieke imago van de jeugdsector als sleutelfactor, naast andere belangrijke macrofactoren zoals (c) de visie en opstelling van werkgevers- en beroepsorganisaties, en (d) de kwaliteit van beroepsopleidingen (mbo, hbo, universitair): in hoeverre slagen zij er in aan te sluiten bij belangrijke actuele ontwikkelingen in de jeugdsector, wetenschap en beleid?

Macroniveau-factoren aan de Kennis & Kwaliteit-kant zijn (a) (onze) wetenschappelijke kennis over effectieve jeugd en gezinsinterventies en -ondersteuningsprogramma's, evenals effectieve wijzen van aansluiten bij de eigen kracht en persoonlijke netwerken van jeugdigen en gezinnen; (b) de opslag en ontsluiting daarvan in praktijkgerichte kennis- of databanken, en (c) de vertaling van *state of the art* empirische kennis in professionele richtlijnen.

Belangrijke *mesoniveau-factoren* in het Praktijk & Beleid-domein zijn om te beginnen (a) alle (in) formele steunfactoren in de leefwereld van jeugdigen en opvoeders/gezinnen. Als het goed is, zeker binnen het in ontwikkeling zijnde nieuwe stelsel van zorg voor de jeugd, helpen jeugdorganisaties, als formele steunbronnen, jeugdigen en gezinnen zulke personen en (vrijwillige) organisaties die zich voor jeugd en gezin inzetten, te vinden en bij hen aan te sluiten. Net als de instelling die de facto hulp biedt, hebben deze steunfactoren in het model een apart kader. Zoals hiervoor al aangeduid kunnen zij zich zowel op meso- als op microniveau bevinden, afhankelijk van de vraag of zij op enig moment daadwerkelijk al een rol spelen of nog niet. Vandaar dat het kader 'Informeel steunbronnen' in het model zowel op micro- als op mesoniveau is gevisualiseerd. We spreken hier bewust van '(In)formele' steunbronnen omdat ook formele steunbronnen buiten de dienstverlenende organisatie zelf van invloed kunnen zijn. Bijvoorbeeld op de verwachtingen van de jeugdige/opvoeder; voor de verwachting van de opvoeder maakt het uit wie doorverwijst naar steun, of waar die steun wordt aangeboden: op school, in het buurthuis et cetera. Als ouders een goede relatie met de school hebben, hebben zij meer vertrouwen in de opvoedsteun die op school plaatsvindt, dan als dat niet zo is. Verder geldt bij een aantal jeugdigen en gezinnen, zoals bij meervoudige probleemgezinnen, dat ook (b) de kwaliteit van de samenwerking tussen betrokken dienstverlenende organisaties cruciaal is. Hoe snel en effectief weten die professionele partijen elkaar te vinden, onderling af te stemmen en tot eenduidige regie te komen?

Alleen met adequate randvoorwaarden hebben beroepsbeoefenaren kans om effectieve zorg of ondersteuning te kunnen bieden. Het (c) scheppen van die voorwaarden is een cruciale taak van elke organisatie in de jeugdsector. Vanuit effectiviteitsperspectief maakt dat de vraag belangrijk: hoe, en hoe goed faciliteert en ondersteunt elke organisatie de eigen uitvoerend werkers? En ook dus: hoe worden jeugdigen en opvoeders bejegend en ontvangen? Het is opvallend - met name als het gaat om hulp die niet thuis geboden wordt - dat aandacht voor de samenhang tussen fysiek en sociaal werkmilieu en effectiviteit wel een thema is in gezondheidszorg en onderwijs, maar vooralsnog niet in de jeugdsector.

Verschuiven we de aandacht naar *mesoniveau-factoren* in het domein van Kennis & Kwaliteit, dan vinden we daar factoren die te maken hebben met (a) professionalisering; (b) kwaliteitsontwikkeling en -bewaking van hulporganisaties en hun staf; (c) verantwoorden van resultaten, en (d) met in de praktijk inbrengen en borgen van recente wetenschappelijke inzichten: implementatie dus. Dat de aandacht daarvoor in de jeugdsector groeit is mooi, al is het rijkelijk laat. In de geneeskunde is implementatiekunde al jaren een erkende tak van sport. De jeugdsector loopt daarop dus duidelijk achter, al groeit de belangstelling de laatste jaren.

3.3 Het microniveau

Dat brengt ons bij het hart van alle inzet in de jeugdsector, en het domein van de onderhavige kennisinventarisatie: het microniveau - de concrete interactie en samenwerking tussen jeugdigen en opvoeders, hun sociale netwerk (als (in)formele steunbronnen) en beroepskrachten (als formele steunbronnen). Aan welke factoren moeten we hier denken?

Clïëntfactoren

Uitgaande van het onderzoek dat beschikbaar was ten tijde van de ontwikkeling van het IWF-model (2010), wordt om te beginnen het belang aannemelijk van kenmerken van jeugdigen/opvoeders: veel positieve verandering kondigt zich namelijk al vroeg in steun- of hulpverleningstrajecten aan. Hoewel we van cliëntkenmerken van volwassen ggz-patiënten als hechtingsstijl en planningsvaardigheden weten dat ze betrouwbare resultaatvoorspellers zijn (Duncan, 2010), waren deze persoonskenmerken nog een stiefkind in het onderzoek naar werkzame factoren in de zorg voor jeugd.

Wél al beperkt gedocumenteerd was de invloed van positieve verwachtingen van cliënten op het resultaat van psychosociale hulpverlening. Contactuele vaardigheden van hulpverleners blijken daarop van invloed, net zoals hun aandacht voor het eigen verhaal van hulpvragers, dat ze samen met hulpverleners construeren over de achtergrond van hun problemen, de verandering die ze wensen, en de weg waarlangs ze dat doel denken te bereiken (de 'veranderingstheorie').

In de afgelopen jaren groeide ook de overtuiging dat hoop oftewel de wens om een doel te bereiken en de daaraan gekoppelde verwachting dat dit ook gaat lukken, mogelijk de grootste troef is bij elke vorm van ondersteuning, samen met *allegiance* van dienstverleners: hun overtuiging dat deze aanpak deze jeugdige of dit gezin op dit moment zal helpen.

Professionalfactoren

Veel onderzoek dat zich bezig houdt met de vraag naar de samenhang tussen kenmerken van hulpverleners en effectiviteit van hulpverlening is als gezegd uitgevoerd in de psychosociale hulpverlening aan volwassenen. Het schaarse onderzoek bij jeugdhulpcliënten van voor 2010 laat zien dat cliënten effectieve hulpverleners typeren als: open, niet oordelend en stimulerend. En daarnaast als duidelijk, betrouwbaar, bereikbaar en betrokken, en op zoek naar feedback.

Professionalkenmerken blijken in de volwassenen-ggz een sterkere voorspeller van resultaat dan cliëntkenmerken. De door cliënten en collega's als het minst effectief beoordeelde ggz-professionals bereiken maar slechts bij een op de vijf cliënten een gunstig resultaat. Daartegenover staat een 80% score voor het als excellent beoordeelde kwart van de beoordeelde beroepsbeoefenaren; zij 'verliezen' ook nauwelijks cliënten. De vraag is: geldt dat ook voor jeugdsector-professionals, van ggz tot het preventieve voorveld? Waarin onderscheiden excellente professionals zich? En geldt dat ongeacht het type hulpvraag en ondersteuningsvorm?

Een factor die we al kort noemden is *allegiance*. Als dit ook voor de jeugdzorg een belangrijke factor blijkt, is het van belang dat instellingen intern regelmatig peilen hoe hun beroepskrachten staan tegenover werkwijzen en interventies die deel uitmaken van het instellingsarsenaal. Dit thema is zeker ook van belang bij praktijkinnovatie, zoals die rondom de stelselwijziging.

Alliantie

Veel auteurs zijn er van overtuigd dat de (werk)alliantie of kracht van de samenwerkingsrelatie van jeugdige/opvoeder en hulpverlener de krachtigste werkzame factor is op microniveau. De twee alliantiecomponenten die Bordin als eerste onderscheidde, zien we terug in het IWF-model: persoonlijke alliantie (de emotionele band van samenwerkende partijen) en taakalliantie (de mate van overeenstemming over het samenwerkingsdoel en de geëigende aanpak om dat doel te bereiken).

In onderzoek naar jeugdpsychotherapie wordt de invloed van alliantie door uiteenlopende auteurs als even groot of aanzienlijk groter geschat dan die van de gekozen methodiek. De kwaliteit van alliantie heeft vaak al vroeg voorspellende kracht, wanneer nog nauwelijks sprake kan zijn van verbetering. Die observatie suggereert dat alliantie geen gevolg, maar katalysator is van positieve verandering. Daarom wordt ook in recente overheidsdocumenten (Van Herk et al., 2012; Veldhuijzen van Zanten, 2013) het belang onderstreept van een 'klik' tussen samenwerkende hulpverleners en jeugdigen/opvoeders.

Overige factoren op microniveau

Dat brengt ons bij de combinatie van routinematige proces- & resultaatmonitoring en feedback in het model; we bespreken deze twee bewust in samenhang, want daarin ligt vooral het nut op microniveau. Lambert (2010) vatte vijf grote onderzoeken naar feedback in de jeugdzorg/jeugd-ggz samen en concludeerde dat de effectgroottes variëren van bescheiden tot groot (maximaal .92). Wordt aan beroepskrachten en cliënten feedback gegeven over resultaat en alliantie, en over de mate waarin het cliënten lukt steunbronnen in hun eigen omgeving te benutten, dan verdubbelt het aantal cliënten met een klinisch relevant, positief resultaat. Ook daalt de lengte van behandeltrajecten significant en helpt feedback vervolcontacten te plannen en doseren. Dit roept de professionele gewetensvraag op bij welke instellingen en professionals het benutten van resultaatgegevens voor directe feedback en planning op casusniveau al een vast onderdeel vormt van hun dagelijks werken met cliënten?

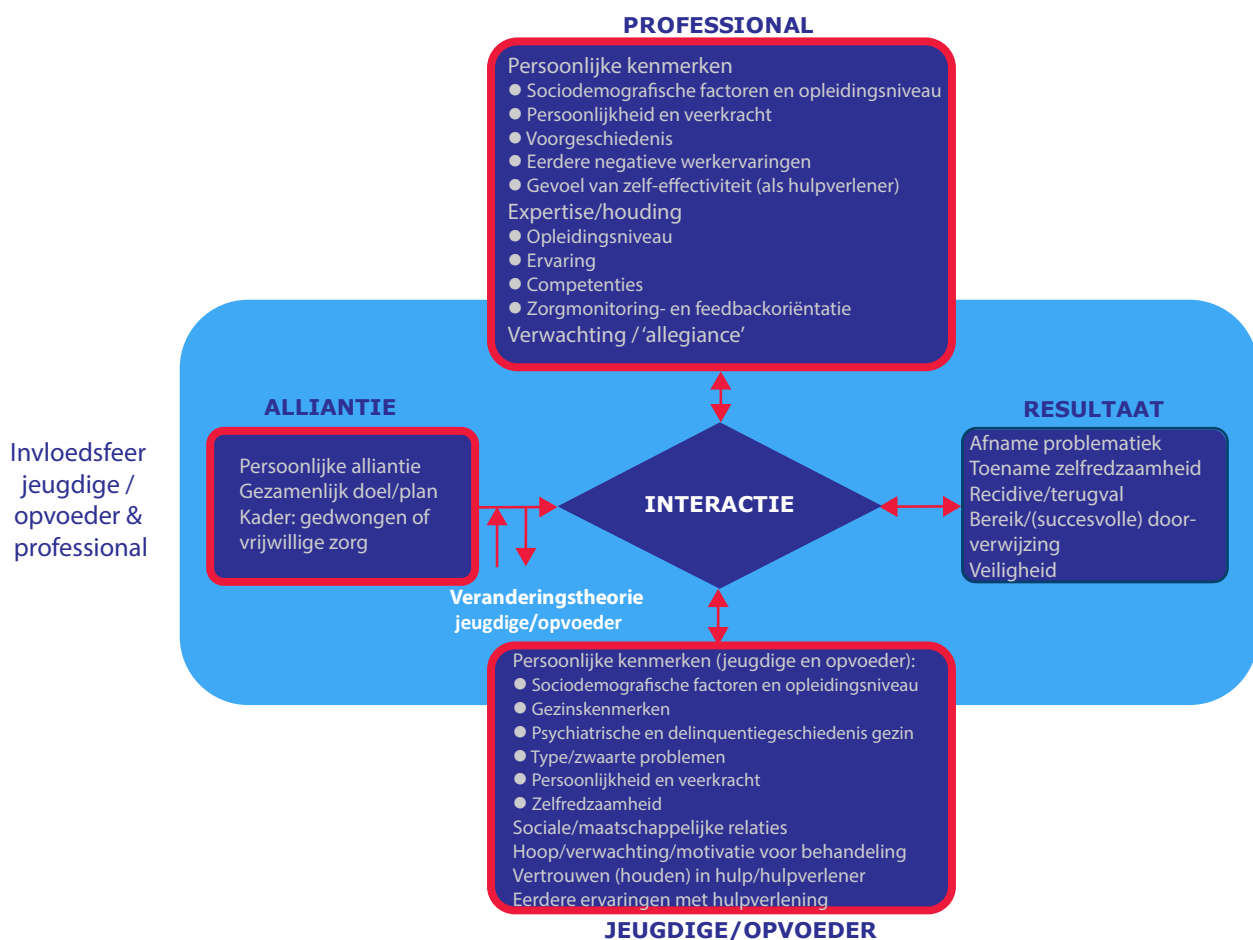
Tot slot staan we stil bij de Evidence Based Practice (EBP)- en Practice Based Evidence (PBE)-pijlen in het model. De 'top down' EBP-pijl staat voor het benutten en borgen van wetenschappelijke kennis in en door de praktijk. Daarbij moeten we ons realiseren dat wetenschappelijk bewijs vraagt om

kundige interpretatie, en om aan- en inpassing in de concrete, lokale praktijksituatie, uitgaande van de vragen en waardeoriëntatie van hulpvragers. De beperking van de EBP-pijl is dat deze de toegevoegde waarde van professionals en hun praktijkervaring geen recht doet. Vandaar de complementaire PBE-pijl die staat voor onderzoek waarin praktijkkennis en -ervaring van professionals, én ervaringen van cliënten centraal staan. 'Bottom-up' praktijkonderzoek en kennisontwikkeling in en met de praktijk, zijn ons inziens beide van waarde voor een goed functioneren van zorg voor de jeugd, in combinatie met empirische kennis over wat werkt. Samen vormen de pijlen een geïntegreerde kenniscyclus.

Nadere specificatie microniveau voor huidige kennisinventarisatie

Zoals eerder gesteld, staat in de onderhavige kennisinventarisatie het microniveau centraal. De zoektocht naar factoren die het resultaat beïnvloeden van de dienstverlening die daar plaatsvindt zal zich vooral op dit niveau richten. Als start voor de zoektocht naar relevante factoren bij professionals, jeugdigen/opvoeders en de interactie tussen beiden volgt hieronder een figuur (figuur 3.2), waarin de factoren op dit niveau nader zijn gespecificeerd. Deze specificatie heeft plaatsgevonden op basis van expertise en overleg in de kerngroep en is besproken en aangevuld tijdens de eerste klankbordgroep bijeenkomst op basis van de expertise van de klankbordgroepleden. Deze specificatie is gemaakt om uiteindelijk hiaten te kunnen identificeren in de kennis over de cliënt-, professional- en alliantiefactoren in de effectiviteit van de zorg voor jeugd.

Figuur 3.2 Illustratief IWF-model voor jeugdsector: microniveau



3.4 Deze verkenning

Tot zover deze korte verkenning van het IWF-model, die illustreert dat effectiviteit met veel meer factoren te maken heeft dan alleen met effectieve interventies. Dat zoveel andere werkzame factoren een belangrijke rol spelen, is zowel een luxe als een complexe uitdaging. De uitdaging is om via empi-

risch onderzoek zicht te krijgen op al die werkzame factoren, en de verbanden daartussen - en zodoende op de vraag: wat werkt nu precies wanneer, voor wie en in wiens handen?

In dat kader moet ook de opdracht van ZonMw tot een kennisinventarisatie van werkzame factoren in de jeugdsector worden gezien, die zich met name richt op de subsectoren van preventieve opvoedsteun, jeugdgezondheidszorg, jeugd-ggz, geïndiceerde jeugdzorg en jeugd-lvb. Hier zal worden gefocust op drie clusters van factoren (rood omcirkeld in de grafische weergave van het IWF-model): 1) cliënt: jeugdige/opvoeder, 2) professional en 3) alliantie.

De hiervoor aangeduide factoren op meso- en macroniveau zullen in deze verkenning dus niet expliciet belicht worden, evenals andere factoren op microniveau. De huidige kennisinventarisatie moet dan ook gezien worden als een belangrijke eerste stap, die vraagt om een concreet vervolg. In de adviesparagraaf van het eindrapport van de huidige kennisinventarisatie zal hierop nader worden ingegaan.

Deel 2

BEVINDINGEN

4 Cliëntfactoren

Dit hoofdstuk beschrijft de gevonden studies over cliëntfactoren, waarbij achtereenvolgens de bevindingen over het preventieve veld, jeugdgezondheidszorg, jeugd-ggz en de geïndiceerde jeugdzorg aan de orde komen. Het hoofdstuk besluit met een samenvatting, waarin de focus verschuift van de vier velden naar de cliëntfactoren die er volgens de literatuur toe doen. In de volgende hoofdstukken komen professionalfactoren en alliantiefactoren aan de orde. bijlage III bevat een overzichtstabel waarin voor alle domeinen samen per factor is opgenomen welke bronnen zijn gebruikt. De bronnen zelf zijn terug te vinden in de literatuurlijst achterin dit rapport.

4.1 Preventieve veld

De studie binnen dit domein richtte zich, conform de opdracht, in de eerste plaats op factoren die het succes van ondersteuning of interventies bij *ouders* beïnvloeden. De bestudeerde teksten hebben betrekking op factoren bij ouders, kinderen of gezinnen die invloed hebben op de uitkomsten van hulp aan ouders. Uitkomstmaten zijn resultaten van opvoedsteun maar ook het bereiken van en betrokken houden (retentie) van ouders. De richting van de invloed van ouder-, gezins- of kindfactoren is daarbij soms niet eenduidig en ook afhankelijk van de setting en uitkomstmaat. Bijvoorbeeld, bij ouders met een lage sociaaleconomische status worden soms grotere, soms juist minder grote effecten van opvoedondersteuning gevonden, zoals hieronder beschreven zal worden.

Enkele studies gaan in op betrokkenheid of 'retentie' van ouders (Assemany & McIntosh, 2002; Matthews et al., 2011). De eerste studie is een literatuur review waarin teveel variabelen samen worden genomen om iets te kunnen zeggen over afzonderlijke kenmerken. De tweede is een meer systematische en gedegen review van literatuur met 69 geïnccludeerde studies. Uit deze reviews bleek een zwak tot matig bewijs dat kenmerken als opleiding, inkomen, gezinssamenstelling en ouderlijke stress verschil maken in de mate waarin ouders betrokken raken, zijn en blijven (retentie) bij ouderprogramma's. Een hoger inkomen of hogere opleiding gaan samen met meer betrokkenheid en retentie, hogere ouderlijke stress juist met minder (blijvende) betrokkenheid. De zwakte van het bewijs heeft te maken met tegenstrijdigheid van bevindingen in geïnccludeerde studies (Matthews et al., 2011) en met onduidelijkheid in conceptualisering (Assemany & McIntosh, 2002)². Wat sterker bewijs (want duidelijker geconceptualiseerd en in beide reviewstudies gevonden) is er voor de invloed van de mate van probleemgedrag bij kinderen op betrokkenheid en retentie. Bij grotere problemen is minder sprake van betrokkenheid en meer uitval uit ouderprogramma's. Mah en Johnston (2008) onderzochten in een derde metastudie wat bekend is over ouderlijke sociale cognities en hun samenhang met betrokkenheid met en acceptatie van oudertrainingen, respectievelijk effecten van deze trainingen. Het gaat bijvoorbeeld over de vraag of ouders de problemen van kinderen vooral bij de kinderen leggen of meer bij zichzelf, en in hoeverre ze zelf invloed denken te hebben op kinderen. Resultaten - beperkt in omvang - zijn niet eenduidig. De belangrijkste conclusie is dat we hier nog heel weinig over weten.

Twee gedegen meta-analyses geven inzage in de invloed van cliëntfactoren op uitkomsten van opvoedondersteuning bij zowel ouders als kinderen (Reyno & McGrath, 2006; Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006). Uit beide meta-analyses komt naar voren dat een laag inkomen leidt tot minder gunstige uitkomsten van opvoedsteun. In de meta-analyse van Lundahl, Risser en Lovejoy (2006) is ook gekeken welk type behandeling bij subgroepen ouders het meest effect had. Bij ouders met een laag inkomen bleek individueel aanbod meer effect te genereren dan groepsaanbod. Reyno en McGrath (2006) toonden behalve van inkomen ook een (negatieve) samenhang aan van depressiviteit bij moeders met effecten van de behandeling. Voor veel andere kenmerken (bijvoorbeeld etniciteit, opleiding en leeftijd van de moeder) werden geen invloeden gevonden.

2 De auteurs vinden in hun overzicht bewijs voor het belang van sociaaleconomische achterstand en disfunctioneren van het gezin (beide gezinskenmerken leiden tot minder betrokkenheid en/of meer uitval). Sociaaleconomische achterstand is afgemeten aan uiteenlopende kenmerken als opleiding, inkomen, gezinsstructuur (eenoudergezin of niet) het type wijk waar een gezin woont, etniciteit, werkloosheid, et cetera. 'Disfunctioneren' van een gezin wordt onder andere afgemeten aan uiteenlopende kenmerken als ouderlijke depressie, ouderlijk conflict, de aanwezigheid van stressvolle gebeurtenissen et cetera. Welke variabelen er precies wel en niet toe doen is niet af te lezen uit deze review.

Er zijn ook bevindingen die betrekking hebben op specifieke programma's of vormen van aanbod van opvoedsteun. Zo is voor het interventieprogramma Triple P in een meta-analyse aangetoond dat gezinnen die bij aanvang meer ouderlijke stress hadden meer profiteren van de opvoedondersteuning. Bij vaders waren effecten op opvoedvaardigheden, ouderlijk welbevinden en kindproblemen van deelname aan Triple P minder groot dan bij moeders, met als belangrijke kanttekening dat vaders slechts een kleine minderheid vormden in de onderzoeken (Nowak & Heinrichs, 2008). Gezinsondersteuning met video-feedback levert minder verandering in houding van ouders op bij gezinnen met risicofactoren zoals armoede of ouderlijke depressie, bleek uit een meta-analyse van Fukkink (2008).

Een aantal studies gaat over specifieke groepen, bijvoorbeeld ouders met kinderen met een handicap, ADHD of autisme. Een review over programma's ter ondersteuning van ouders met jonge kinderen met een handicap laat zien dat bij afzonderlijke bronnen soms bewijs is voor een groter effect bij gezinnen met een lage SES, maar soms ook juist een hogere SES (Friend, Summers & Turnbull, 2009). In een van de geïnccludeerde studies is gekeken naar effecten van sekse: bij moeders was er sprake van een groter effect op welbevinden dan bij vaders (ibid.). Een andere meta-analyse naar effecten van verschillende typen ouderprogramma's op stress van ouders met kinderen met een handicap, autisme of andere ontwikkelingsstoornis (Singer, Ethridge & Aldana, 2007) stelt dat feitelijk alleen robuuste effecten zijn aangetoond voor middenklasse moeders. Vaders zijn in veel studies maar beperkt vertegenwoordigd, evenals minderheidsgroepen en ouders uit lagere milieus; mede een reden waarom voor deze groepen eigenlijk niet kan worden gezegd of er veel of weinig effect van opvoedsteun is.

Een aantal studies neemt de wijze waarop ouders de steun van professionals ervaren onder de loep, of de motivatie van ouders. Het betreft studies met minder bewijskracht (bijvoorbeeld originele studies, beperkte literatuurstudie). De studies wijzen op het belang van de juiste benadering om (subgroepen) ouders te betrekken en effecten van ondersteuning te optimaliseren. De meest omvangrijke studie is die van Kane, Wood en Barlow (2007). Zij beschrijven redenen waarom ouders hulp zoeken, in een meta-analyse van kwalitatieve studies naar ouderperspectieven op opvoedprogramma's. Ouders nemen deel omdat ze onzeker zijn en controle over het gedrag van hun kind willen. Vaak hebben ze bij aanvang schuldgevoelens en voelen ze zich tot op zekere hoogte alleen met hun problemen. Steun ontlenen ze aan kennis en vaardigheden die ze opdoen bij opvoedprogramma's en aan peercontact met andere ouders.

Een originele studie onder meer dan 100 gezinnen met kinderen met een handicap in Australië laat zien dat ouders zich meer *empowered* voelen naarmate ze de zorg van de professional als meer respectvol en ondersteunend ervaren (Fordham, Gibson & Bowes, 2011). Een kwalitatieve studie onder autochtoon-Britse lage SES-moeders geeft inzicht in wat ouders waarderen in een groepsaanbod. Moeders die deelnemen aan groepsprogramma's waarderen het uitwisselen met elkaar over de opvoeding en ontwikkeling van hun kinderen erg en doen er nieuwe strategieën en zekerheid op over de eigen competenties als ouder. Tegelijk zijn effecten soms beperkt omdat moeders veel problemen hebben die niet worden opgelost door oudertrainingen; wat het belang aangeeft van bredere inbedding van opvoedondersteuning (Clarke & Churchill, 2012). In een originele studie van Miller en Sambell (2003) (diepte interviews met zo'n 40 ouders met verschillende kenmerken, o.a. tienermoeders, ouders van tieners, ouders met kinderen met 'special needs', ouders met jonge kinderen) is nog specifiek gekeken welke fasen van probleemdefinitie of -ervaring ouders doorgaans doorlopen. Ouders komen vaak binnen met de wens hun kind te veranderen, willen vervolgens vooral in hun eigen behoeften en rol worden bevestigd, en gaan na verloop van tijd vaak meer reflecteren op hun eigen rol. De auteurs geven aan dat hulp beter kan worden afgestemd op ouders als we weten wat hun behoeften zijn, wat hen beweegt. Dat bepaalt ook hoe ze hulp ervaren en de mate waarin ze hulp accepteren (ibid.). Niet alleen de hulpvraag maar ook ervaren of verwachte kosten en baten en percepties over zichzelf ('kan/wil ik veranderen') bepalen de betrokkenheid van ouders, zo blijkt ook uit de al eerder geciteerde literatuur review van Matthews et al. (2011).

Fabiano (2007) gaat in een literatuurreview en meta-analyse in op wat er nodig is om vaders (van kinderen met ADHD) te betrekken bij opvoedsteun. Vaders zouden niet snel toegeven dat ze een probleem hebben of opvoedproblemen niet als reden zien om hulp te zoeken. Hen betrekken vraagt om een andere inbedding van hulp, bijvoorbeeld een combinatie met sportactiviteiten, of een minder probleemgerichte wijze van benaderen. Ook praktische aanpassingen kunnen vaders over de streep trekken, zoals het aanbieden van opvoedsteun buiten werktijd (ibid.). Het betreft bevindingen uit

schaarse literatuur die specifiek over vaders gaat. De belangrijkste bevinding van de review is dat er heel weinig bekend is over effecten van oudertrainingen bij kinderen met ADHD op vaders.

4.2 Jeugdgezondheidszorg

Er zijn geen reviews in de internationale literatuur gevonden die zich specifiek richten op werkzame factoren in de jeugdgezondheidszorg. De originele literatuur omvat wel enkele relevante studies. Deze studies hebben betrekking op de toegankelijkheid van de hulpverlening, signalering van problematiek en het daaropvolgend doorverwijzen naar andere hulpverleningsinstanties. De jeugdgezondheidszorg setting heeft niet als uitgangspunt om kinderen en ouders te behandelen.

Een studie van Pauwels, Donker en Raat (2011) laat zien dat de professionals van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) zelf het idee hebben dat hun organisatie laagdrempelig is, maar dat de risicokinderen (kinderen die specifieke begeleiding en/of zorg nodig hebben, omdat hun risico op 'problemen' groter is dan gemiddeld) juist niet bereikt worden. Ouders van risicokinderen zouden mogelijk het idee hebben dat ze door het CJG in de gaten worden gehouden. Ook refereren Pauwels et al. (ibid.) aan een onderzoek dat is uitgevoerd onder ouders waaruit bleek dat ruim een derde, 36%, het CJG associeerde met Bureau Jeugdzorg. Dit zou volgens de auteur niet ten goede komen aan de laagdrempeligheid en het bereik van de CJG's.

Internationale originele studies suggereren dat ouders vooral hulp zoeken voor hun jonge kinderen met gedragsproblemen als zij zich zorgen maken (Ellingson et al., 2004). Echter, niet alle ouders zijn hier even expliciet in en daardoor komen niet alle gedragsproblemen naar voren tijdens een consult. Hulpverleners wordt dan ook aangeraden om systematisch na te vragen bij ouders of zij zich zorgen maken over het gedrag van hun kind (Ellingson et al., 2004).

4.3 Jeugd geestelijke gezondheidszorg

Deze paragraaf behandelt de factoren van de cliënt, de kinderen/adolescenten en/of hun ouders, die, volgens voornamelijk internationale (meta)reviews, geassocieerd lijken te zijn met de uitkomst van behandeling in de jeugd-ggz. De internationale literatuur levert matig tot sterk bewijs voor cliëntfactoren die direct geassocieerd zouden zijn met de effectiviteit van de behandeling.

Matig bewijs is in de literatuur gevonden voor een associatie tussen multi-problematiek (Farahmand et al., 2012) van de cliënt en de behandelingseffectiviteit. Multi-problematiek, bijvoorbeeld het hebben van depressieve symptomen samen met een moeilijke gezinssituatie, lagere sociaal economische status en leerproblemen, kan leiden tot minder positieve effecten van de behandeling (ibid.). Het is belangrijk om te evalueren bij multi-problematiek welke problemen prioriteit moeten krijgen, zodat daar in eerste instantie op kan worden ingezet met de hulpverlening.

In de internationale literatuur lijkt er matig bewijs te zijn gevonden voor een indirect effect van de leeftijd van het kind op de behandeluitkomsten (McLeod, et al., 2011; Zack, et al., 2007; Shirk & Karver, 2003). Dit effect zou vooral lopen via de alliantie, waarbij de leeftijd van het kind invloed zou hebben op het vormen van een alliantie. Een sterkere alliantie zou positievere therapie uitkomsten tot gevolg hebben. Jongere kinderen zouden hierbij voornamelijk een affectieve alliantie hebben met hun hulpverlener en als kinderen ouder worden zijn zij meer in staat ook een taakalliantie op te bouwen met hun hulpverleners. De verklaring die voor de invloed van leeftijd op de taakalliantie wordt gegeven is het leeftijdsafhankelijke verschil in de ontwikkeling van kinderen. Afhankelijk van de cognitieve en emotionele ontwikkeling van het kind, is het kind in staat zelf bijvoorbeeld doelen voor een behandeling op te stellen en deze te begrijpen. Op latere leeftijd kunnen kinderen zelf kiezen voor therapie waardoor ook de motivatie wellicht hoger is. Het beter kunnen verwoorden van emoties zou eveneens bijdragen aan de vorming van een sterkere taakalliantie.

Met betrekking tot de keuze om hulp te zoeken en de ervaren toegankelijkheid van de hulpverleningsinstanties is er sterk bewijs voor een samenhang met voornamelijk de sociaaldemografische kenmerken van de cliënt en/of het gezin (Cauce et al., 2002; McKay & Bannon, 2004; Phares & Lum, 1996). In de Verenigde Staten blijken specifiek mensen met een lagere sociaaleconomische status en

Afro-Amerikaanse achtergrond minder vaak hulp te zoeken voor hun problematiek (Cauce et al., 2002; Phares & Lum, 1996). Redenen die hieraan ten grondslag liggen zijn mogelijk culturele opvattingen, zoals het niet erkennen van een probleem. Negatieve verwachtingen bij de professionele hulpverlening en sociale normen, stigma of een negatieve benadering door familie en/of vrienden zouden ook een rol kunnen spelen (Cauce et al., 2002; Kemp et al., 2009; McKay & Bannon, 2004). Ook in een Nederlands onderzoek is gevonden dat ouders van Surinaamse, Antilliaanse, Marokkaanse en Turkse kinderen probleemgedrag minder vaak herkennen (Bevaart et al., 2012). Daarnaast zijn in het Amerikaanse onderzoek praktische barrières benoemd die het zoeken van hulp belemmeren, zoals verminderde bereikbaarheid van de hulpverleningsinstanties vanuit de armere wijken (Cauce et al., 2002; McKay & Bannon, 2004; Phares & Lum, 1996).

Matig bewijs is beschikbaar voor cliëntfactoren zoals verwachtingen, motivatie en houding ten opzichte van zorg (Brown, 2004; Hoagwood, 2005; Kemp, Marcenko, Hoagwood, & Vesneski, 2009; McKay & Bannon, 2004). Deze factoren hebben een rol bij het opbouwen van de alliantie of therapeutische relatie; via die weg hebben ze een indirecte invloed op de uitkomsten van de therapie.

4.4 Geïndiceerde jeugdzorg

Op basis van de gevonden studies, stellen we vast dat er voor een beperkt aantal cliëntfactoren matig tot sterk bewijs is gevonden voor hun samenhang met de effectiviteit van de jeugdzorg. De cliëntfactoren betreffen deels demografische factoren (Al et al., 2012; Oosterman, Schuengel, Slot, Bullens, & Doreleijers, 2007; Veerman, 1992; Grooters, De Swart, Lohuis-Heesink & Moonen, 2013), deels aard en ernst van kind- en gezinsproblematiek (Harder, 2011; Jones et al., 2011; Grooters et al., 2013), en deels persoonlijkheid en levensgeschiedenis van de behandelde jeugdigen (Jones et al., 2011; Oosterman et al., 2007; Veerman, 1992).

Intensief ambulante jeugdzorgprogramma's worden momenteel veel toegepast. Deze hulpvarianten leveren vergelijkenderwijs positieve resultaten op voor kleinere, witte multiprobleemgezinnen met jonge kinderen, met name jongens (Al et al., 2012). De door Al en collega's in de meta-analyse gebruikte studies gaan niet in op de vraag naar een mogelijke modererende invloed van sociale ondersteuning vanuit de dagelijkse leefomgeving van deze gezinnen. Wel wordt duidelijk dat deze resultaten bij multi-probleemgezinnen gunstig afsteken tegen de resultaten die zijn gevonden bij gezinnen waar sprake is van mishandeling en verwaarlozing van de eigen kinderen, al dan niet in combinatie met verslavingsproblemen.

Ook in pleegzorgonderzoek vinden we differentiële leeftijdseffecten, zij het kleine effecten (Oosterman et al., 2007). Ook hier liggen de kansen van jonge kinderen beter: plaatsingen worden minder vaak voortijdig onbedoeld afgebroken bij jonge kinderen. Negatieve resultaatvoorspellers zijn drugsgebruik van biologische ouders, hechtingsproblematiek en/of gedragsproblemen ten tijde van de plaatsing in een pleeggezin, en het hebben van een geschiedenis van meerdere afgebroken plaatsingen - al is het de vraag in hoeverre dit strikt genomen als een cliëntkenmerk kan worden beschouwd (Jones et al., 2011; Oosterman et al., 2007). Positieve voorspellers voor succesvolle pleegzorgplaatsingen, hoewel een klein effect, zijn aanpassingsvermogen van het pleegkind, het vertonen van prosociaal gedrag en dito karaktertrekken, zoals een gevoel voor humor. Enig bewijs is er ook voor de positieve invloed van ouderfactoren zoals hun (positieve) contact met pleegzorginstellingen en -gezinnen, en hun positieve houding ten opzichte van de plaatsing van hun kind(eren) (Oosterman et al., 2007). Wat betreft de geplaatste jeugdigen is er een negatieve associatie tussen verloop van de pleegzorgplaatsing en hechtingsproblematiek, psychiatrische problematiek, drugsgebruik en suïcidale gedachten gevonden (Jones et al., 2011).

Stappen we over van pleegzorg naar residentiële hulpverlening, dan zien we ook hier een matig tot sterk bewijs voor het effect van positieve, voortdurende betrokkenheid van ouders bij de plaatsing, omdat dit leidt tot een daling van ouderlijke opvoedstress (Frensch & Cameron, 2002; Harder, 2011; Mendes, Johnson, & Moslehuddin, 2012). Sterker is het bewijs voor de samenhang tussen de kwaliteit van het algemeen functioneren van het gezin en hulpresultaat (Harder, 2011), en voor de beschermende rol van een hogere intelligentie van het kind (Veerman, 1992). Ook schoolparticipatie van de jeugdige wordt geïdentificeerd als voorspeller van een positief behandelresultaat (Hair, 2005). Een cumulatieve van stressvolle gebeurtenissen in het leven van jeugdigen is een voorspeller van problemen na het

afsluiten van behandeling: hoe meer stressvolle gebeurtenissen, hoe groter de kans dat zij (opnieuw) psychische problemen ontwikkelen (Veerman, 1992). Die kans is overigens kleiner wanneer kinderen terugkeren naar gezinnen met vaste patronen en een vrij autoritaire opvoedstijl (ibid.). Specifiek kijkend naar residentiële behandeling van lvb-jeugd, rapporteren Grooters et al. (2013) dat met name de factoren motivatie, en kwaliteit van de samenwerking tussen hulpverleners enerzijds en jongeren en ouders anderzijds significant positief samenhangen met een kleinere kans op voortijdige beëindiging, en dus positief met rendement van geboden hulp.

De tot dusver weergegeven conclusies hebben betrekking op overzichtsstudies en meta-analyses. Kijken we naar de resultaten van oorspronkelijk onderzoek, dan valt opnieuw het belang op van het aantal kindtrauma's (niet succesvol verwerkte stressvolle gebeurtenissen): hoe minder trauma's, hoe korter de gemiddelde behandeltime (Brady & Caraway, 2002). Dit bewijs is overigens vrij zwak. Ook leeftijd (jonger in jaren, en qua positie in de kinderrij, betekent betere resultaten) (Bickman et al., 2004; Den Dunnen et al., 2012; Van Dam et al., 2011) en aard en ernst van probleemgedrag (Den Dunnen et al., 2012; Strauss et al., 2012; Van Dam et al., 2011) zien we terug als voorspellende factoren in relatie tot behandelrendement, behandel-effectiviteit, alliantie en terugvalpreventie. Weinig verrassend is de bevinding dat kinderen die bij de start van de behandeling minder ernstige (internaliserende of externaliserende) gedragsproblemen hadden, zich na behandeling beter aanpassen (Den Dunnen et al., 2012). Leeftijd, geslacht en aard van de gedragsproblemen spelen tijdens de behandeling een opvallende rol: jongere jeugd, vooral meisjes, met internaliserende problematiek kunnen rekenen op eerder warme en ondersteunende dan controlerende en structurerende benadering van zorgprofessionals, al zijn ook deze verbanden vrij zwak (Van Dam et al., 2011). Jeugdigen met externaliserende problemen ontwikkelen minder snel een positieve relatie met hulpverleners, mogelijk vanwege hun problemen met autoriteit.

Een laatste opvallende bevinding is de in één studie gevonden tweesplitsing in leeftijd bij de beleving van alliantie door zorgprofessionals en adolescenten: de groep van 14 tot 17 jaar beleeft de alliantie gemiddeld negatiever (al zijn er ook aanwijzingen voor sterke verschillen binnen deze leeftijdsgroep); voor jeugd van 17+ geldt het tegenovergestelde: zij beleven de alliantie juist positiever dan hun hulpverleners (Bickman et al., 2004). Over de hele linie geldt dat adolescenten met agressief gedrag een minder dan gemiddelde alliantie hebben met zorgprofessionals. Helaas is geen vergelijkend onderzoek gevonden dat helderheid verschaft over alliantiebeleving bij jeugdigen van jonger dan 14 jaar, die jeugdzorg ontvangen.

4.5 Samenvatting: beschikbare kennis over cliëntfactoren

In de jeugd-ggz vinden we een matig tot sterk bewijs voor de (negatieve) invloed van *lage sociaaleconomische status en etnische minderheidsstatus* op hulpzoekgedrag. In het preventieve veld is er zwak bewijs voor de invloed van sociaaleconomische status op betrokkenheid en retentie. Sterker bewijs is er voor de negatieve invloed van een laag inkomen op uitkomsten van ondersteuning, terwijl in een overzicht van bevindingen voor ouders met een gehandicapt kind wordt gesteld dat er eigenlijk weinig kan worden gezegd over ouders met een lage SES of vaders omdat zij nauwelijks vertegenwoordigd zijn in onderzoek. Voor de invloed van etnische achtergrond op het effect van zorg is vooral in de jeugdzorg sterk bewijs: witte gezinnen doen het naar verhouding beter in intensief ambulante programma's. In het preventieve veld is weinig bewijs voor verschillen naar etnische herkomst, omdat minderheidsgroepen vaak maar beperkt vertegenwoordigd zijn in onderzoek. Er is in Nederlandse literatuur (zwak) bewijs voor minder betrokkenheid van ouders bij het CJG en voor minder bereik van het aanbod als het om migrantengezinnen gaat. Dit geldt het preventieve veld, de jeugdgezondheidszorg en de jeugd-ggz. Achterliggende factoren daarbij zijn een mindere mate van probleemherkenning bij ouders, negatieve verwachtingen van de hulp, vrees voor stigmatisering en sociale druk vanuit het informele netwerk.

Ook *gezinsgrootte, leeftijd en gender* spelen een rol. Hoe kleiner een gezin, hoe succesvoller zijn de intensief ambulante programma's; daarvoor is sterk bewijs. Sterk bewijs is er ook voor de impact van de leeftijd van kinderen op het succes van het aanbod binnen de drie onderzochte varianten van jeugdzorg: (ouders van) jonge kinderen profiteren er relatief meer van. Leeftijd van kinderen heeft ook een indirecte invloed, namelijk via de alliantie met de professional. Daarvoor is matig tot zwak bewijs binnen de jeugd-ggz en de residentiële hulpverlening, al kan de richting van de invloed verschil-

len. Er is daarnaast zwak bewijs dat jonge kinderen in residentiële zorg aan hulpverleners naar verhouding meer steun en minder controle ontlokken dan oudere kinderen; hetzelfde geldt voor meisjes. Jongens profiteren meer van intensief ambulante programma's dan meisjes. Wat betreft het preventieve veld is er relatief zwak bewijs dat het aanbod beter uitpakt bij moeders dan vaders. Daarbij wijst de literatuur wel uit dat vaders in veel onderzoek ondervertegenwoordigd zijn, evenals dat zij een andere benadering behoeven dan moeders, al is de bewijsvoering daarvoor nog zwak.

Disfunctionele en multiprobleemgezinnen profiteren minder van preventief aanbod, hulp in het domein van de jeugd-ggz en van residentiële opvang zien. Multiprobleemgezinnen hebben juist relatief meer aan intensief ambulante hulp. Voor deze bevindingen is het bewijs sterk. De aanwezigheid van *problematiek bij ouders* blijkt volgens veel onderzoek een negatieve invloed te hebben op de effectiviteit van aanbod. Daarvoor is matig bewijs vanuit het preventieve veld (depressie moeder) en matig tot sterk bewijs vanuit de jeugdzorg: verslavingsproblematiek van ouders werkt negatief uit op het succes van behandeling in intensief ambulante programma's en pleegzorg. Opvoedproblemen eisen hun tol in intensief ambulante programma's, en psychiatrische en hechtingsproblemen doen dat in de pleegzorg. Zwak bewijs is er voor de invloed van ouderlijke stress op het succes van preventief aanbod.

Ook de *problematiek en eigenschappen van kinderen* zijn van belang, zij het dat de bewijsvoering veelal niet sterk is. De mate van problematiek van kinderen heeft een negatief effect op retentie in het preventieve veld (matig tot sterk bewijs). Voor pleegzorg en residentiële behandeling is er een zwak bewijs dat effecten van hulp minder sterk zijn bij kinderen met zwaardere problematiek. Er zijn ook indirecte effecten, zij het met geringe evidentie: kinderen met internaliserende problematiek krijgen meer steun en minder controle van professionals in residentiële zorg, terwijl kinderen met externaliserende problematiek in deze setting een negatievere relatie met professionals hebben. Sterk bewijs is er verder voor de invloed van aanpassingsvermogen en prosociaal gedrag van kinderen in de pleegzorg, en van hun intelligentie in de residentiële setting. Schoolparticipatie van kinderen in de laatstgenoemde setting werkt eveneens positief uit op de behandeling.

De *verwachtingen van zorg en houding tegenover zorg* vormen belangrijke factoren. Er is matig bewijs dat de verwachtingen van zorg en de houding tegenover zorg van invloed zijn op de alliantie die gevormd wordt tussen de ouder en/of jongere en professional in de jeugd-ggz. Sterk bewijs is er wat betreft de houding van ouders ten aanzien van pleegzorg: deze houdt positief verband met de taakgerichtheid van de hulpverlener. Ook is er (zwakke) evidentie voor de invloed van de houding van ouders op hun keuze tussen residentiële zorg of pleegzorg. Vanuit het preventieve veld is er zwak bewijs voor de invloed van fasen in de hulpverlening op de betrokkenheid met zorg. Aanvankelijk hebben ouders bijvoorbeeld meer behoefte aan bevestiging in hun rol, terwijl zij op den duur meer bereid zijn tot zelfreflectie. In de pleegzorg werkt het *contact van ouders met de instelling* en het pleeggezin positief uit op het succes van plaatsing, daarvoor is sterk bewijs. Ouderbetrokkenheid in de residentiële hulpverlening verlaagt stress bij opvoeders.

Ten slotte is er voor het preventieve veld zwak bewijs voor de invloed van *positieve ervaringen van ouders* met het aanbod op de acceptatie van hulp, zoals ervaren respect en steun, en de mate van ervaren inbreng in de definitie van problemen en de aanpak ervan. Ook *peercontact* werkt positief uit op ervaren steun en competentie.

5 Professionalfactoren

Dit hoofdstuk beschrijft de gevonden studies over professionalfactoren, waarbij achtereenvolgens de bevindingen vanuit het preventieve veld, de jeugdgezondheidszorg, jeugd-ggz en geïndiceerde jeugdzorg aan de orde komen. Het hoofdstuk besluit met een samenvatting, waarin het accent ligt op de professionalfactoren die blijken de literatuur van belang zijn.

5.1 Preventieve veld

De bewijsvoering over de invloed van professionalfactoren in het preventieve veld is geringer dan die over cliëntfactoren en heeft gemiddeld weinig bewijskracht.

Allereerst is er enig bewijs voor het belang van matching: het succes van opvoedsteun neemt toe als bepaalde kenmerken van professionals overeenkomen met die van ouders. In verschillende literatuur- en originele studies wordt het belang van *matching* aangehaald, bijvoorbeeld op etniciteit (Jackson & Hodge, 2010; Matthews et al., 2011) of andere kenmerken zoals SES (Matthews et al., 2011) of 'zelf ook ouder zijn' (Clarke & Churchill, 2012, originele studie). De bewijskracht van dit type bevindingen is beperkt.

In een literatuurstudie over steun bij zwangerschap voor vrouwen met lage SES, komt naar voren dat culturele sensitiviteit (aansluiten bij culturele waarden over zwangerschap en kinderen krijgen) van belang is voor succes van ondersteuning (Cunningham & Zayas, 2002). In een beperkte literatuurstudie, onderdeel van een metastudie over opvoedondersteuning aan vaders in detentie, wordt aangehaald dat het geloof van professionals in een programma - ofwel de 'allegiance' - de kwaliteit van de uitvoering beïnvloedt (Buston et al., 2012). In twee andere bronnen komt eveneens het belang van vertrouwen van professionals in een programma voor de effectiviteit van de uitvoering ter sprake. Het betreft een literatuur review op het terrein van sociaal werk (Franklin & Hopson, 2007) en een artikel waarin ervaringen met disseminatie van Triple P in een groot aantal landen centraal staan (Sanders & Turner, 2005). Franklin en Hopson (2007) benadrukken het belang van goede training in dit verband, Sanders en Turner het belang van aandacht besteden aan weerstanden bij professionals bij de implementatie.

In de al aangehaalde kwalitatieve meta-studie van Kane, Wood en Barlow (2007) is bewijs verzameld voor het feit dat een onbevooroordeelde houding van professionals van belang is voor het succes van ouderprogramma's. Persoonlijkheid en betrouwbaarheid van professionals doen ertoe voor ouders, zo blijkt ook uit de eerder genoemde review naar betrokkenheid van Matthews et al. (2011). In een rapport over het 'Family Partnership Model', waarop we in hoofdstuk 6 uitgebreider ingaan, verwijzen Davis en Meltzer (2007) naar Patterson (1984) die bewijs zou leveren voor de invloed van persoonlijkheid en betrouwbaarheid van beroepskrachten op uitkomsten van hulp. Empathie, respect en 'echtheid' hebben volgens Patterson een grote invloed op het resultaat van hulpverlening. Ook andere bronnen worden in dit rapport aangehaald als bewijs voor het grote belang van dit type kenmerken van beroepskrachten voor succes van hulp (o.a. Horvath & Symonds, 1991; Hoagwood, 2005). De bewijskracht daarvan hebben we niet kunnen nagaan. Sanders & Mazzuchelli (2013) beschrijven in een visiestuk over Triple P hoe zelfregulatie - een kernconcept binnen Triple P - ook voor beroepskrachten van belang is en gaan in op hoe beroepskrachten zelfregulatie kunnen versterken. Er is verder geen bewijs voor de werking of invloed ervan te vinden in dit stuk.

Enkele bronnen beschrijven nader wat van professionals wordt gevraagd in specifieke settings. De meest relevante is die van Turney (2012). Zij beschrijft hoe beroepskrachten die werken binnen de kindbescherming een balans moeten zien te vinden tussen de omgang met onzekerheden over de dreiging voor kinderen in gezinnen en weerstanden van ouders enerzijds en het opbouwen van een vertrouwensrelatie met ouders anderzijds.

5.2 Jeugdgezondheidszorg

Een studie van Brugman en collega's (2001) laat zien dat professionals in de jeugdgezondheidszorg psychosociale problemen van kinderen niet altijd herkennen. Zij observeerden dat slechts één op de

vijf kinderen met problemen werden geïdentificeerd en doorverwezen voor diagnose en behandeling. Als de ouders probleemgedrag rapporteerden op een vragenlijst was de kans groter dat de jeugdgezondheidszorg-professional doorverwees. Er bleek een grotere kans op herkenning en doorverwijzing voor psychosociale problemen bij specifieke sociaal-demografische kenmerken van de kinderen: jongens, jongere kinderen, kinderen van ouders met een lagere opleiding, kinderen van alleenstaande ouders, werkloze ouders of kinderen in stedelijke gebieden. De kans op herkenning van psychosociale problematiek en doorverwijzing was ook groter als de kinderen in het verleden al eens waren behandeld voor psychosociale problematiek, er grote 'life events' hadden plaatsgevonden of als er problemen in de schoolloopbaan waren; de associaties met sociaal-demografische kenmerken verdwenen als er voor deze andere factoren werd gecorrigeerd (Brugman et al., 2001).

Aanvullend op de bevinding dat de jeugdgezondheidszorg professionals psychosociale problemen niet altijd herkennen, is al eerder genoemd dat ouders in migrantengezinnen probleemgedrag ook minder vaak herkennen (Bevaart et al., 2012). Voor verbetering in de signalering van psychosociale problematiek in de jeugdgezondheidszorg zou wellicht extra aandacht van de jeugdgezondheidszorg-professional uit moeten gaan naar deze gezinnen.

5.3 Jeugd geestelijke gezondheidszorg

Welke professionalfactoren, oftewel kenmerken van de therapeut, zijn volgens de beschikbare literatuur van belang in de jeugd-ggz? Er blijkt beperkte literatuur beschikbaar over de directe invloed van professionalfactoren op behandeluitkomsten. Verder blijken therapeutfactoren ook vaak te worden meegenomen als onderdeel van de alliantie.

De internationale literatuur levert sterk bewijs dat het betrekken van het gezin door de professional bij de behandeling de effectiviteit van de behandeling ten goede komt (Farahmand et al., 2012; Feinstein, et al., 2009; Garrison & Daigler, 2006; Goodman & Happell, 2006; Hoagwood, 2005). Dit is essentieel omdat het participeren van gezinsleden een positieve invloed lijkt te hebben op de voortzetting van de behandeling, vooral bij adolescenten (Hoagwood, 2005; Kim et al., 2012; McKay & Bannon, 2004).

De literatuur bevat enkele suggesties ter verbetering van de huidige werkwijze van professionals. Deze suggesties kunnen worden gecategoriseerd als matig bewijs. De internationale literatuur stelt dat psychosociale problematiek vaak niet of pas in een later stadium wordt herkend of gediagnosticeerd. Door tijdige signalering van problematiek zou de hulpverlening verbeterd kunnen worden (Glisson, 2002).

King en collega's stellen in hun review dat de rol van de therapeut met name gericht is op het motiveren van de cliënt (King et al., 2012). De cliënt moet uiteindelijk zelf veranderen, maar de therapeut moet inzetten op empowerment van de cliënt: vertrouwen en geloof in behandelingseffectiviteit en persoonlijke kracht om verandering tot stand te brengen. De therapeut doet dit door steun te bieden, te assisteren en verandering mogelijk te maken.

Kemp et al. (2009) stellen een aantal algemene elementen voor waarmee de professional goede zorg kan leveren: vroege signalering, praktische hulp bieden, kennis over problematiek, vaardigheden om ouders aan te spreken op problemen van het kind, steun bieden met respect, betrekken van ouders bij behandeling van het kind en algemene ondersteuning van de professional door de organisatie. De organisatie kan volgens Glisson (2002) bijdragen door het scholen van professionals zodat deze correcte diagnoses kunnen stellen en juiste behandelingen kunnen aanbieden.

5.4 Geïndiceerde Jeugdzorg

Vatten we de resultaten van meta-analyses en overzichtsstudies samen die betrekking hebben op jeugdzorg - met name de pleegzorg -, dan valt net als bij de jeugd-ggz literatuur het volgende op: er is relatief sterk bewijs voor de positieve invloed op behandel-effectiviteit (lees: succesvolle gezinshereniging) van het door professionals bij de behandeling betrekken van gezin en familie van jeugdige cliënten. In algemeenheid is er dus steun gevonden voor een contextuele benadering (Oosterman et al.,

2007). De kans op vroegtijdig beëindigen van plaatsingen in de pleegzorg blijkt kleiner bij pleegouders die worden gekenschetst als gemotiveerd, zorgzaam en betrokken, en wanneer pleegouders en de gezinsvoogd veel contact onderhouden (Oosterman et al., 2007). Kijken we naar pleegzorgwerker-eigenschappen die als positieve voorspellers naar voren komen, dan zien we dat met name opleidingsniveau er uit springt, daarnaast is een etnische match van pleegzorgwerker, pleeggezin en pleegkind een positieve voorspeller voor het voorkomen van ongewenst vroegtijdig beëindigen van de pleegzorgplaatsing (Ryan, Garnier, Zyphur, & Zhai, 2006). Een 'interprofessionele' negatieve voorspeller is het aantal bij een casus betrokken professionals: hoe minder hoe beter; hoe meer, hoe groter de kans op ongewenst vroegtijdig beëindigen van de pleegzorgplaatsing en hoe langer het zorgtraject (Oosterman et al., 2007; Ryan et al., 2006).

Kijken we naar jeugdzorg in bredere zin, dan blijken - met name op basis van proefschrift-onderzoek van verschillende Nederlandse auteurs, vooral naar residentiële hulpverlening - de volgende professionalfactoren relevant: openheid, oprechtheid, accepterende houding, empathie, extraversie, vriendelijkheid, nieuwsgierigheid, emotionele stabiliteit, veerkracht (en daarmee samenhangende kenmerken als stressbestendigheid), positieve hechtingsgeschiedenis (veilig gehechte professionals gaan adequater om met behoeften van jeugdige cliënten en hun ouders), flexibiliteit en het vermogen om een balans te vinden tussen structuur en duidelijkheid bieden enerzijds en emotionele steun anderzijds (De Swart, 2011a; DePanfilis & Zlotnik, 2008; Harder, 2011; Gallagher, Smith, Hardy, & Wilkinson, 2012; Schuengel & Van IJzendoorn 2001). Daaraan kunnen communicatieve basiscompetenties als luisteren, observeren, doorvragen en onderhandelen nog worden toegevoegd (ibid.). Anders dan een pleidooi voor deze basiskwaliteiten - als gezegd vooral voor werkers in de residentiële zorg - worden in de literatuur weinig concrete suggesties gedaan om de huidige manier van werken van professionals (al dan niet in opleiding) te verbeteren.

Tot slot werd een studie gevonden waarin aandacht wordt geschonken aan het thema dat vooral in de volwassenen-ggz is gedocumenteerd: 'allegiance', het vertrouwen van de professional in een specifieke methodiek of programma. Een positieve samenhang werd gevonden tussen professionele 'allegiance' en afname van de mate van opvoedstress die ouders ervaren (Strauss et al., 2012).

5.5 Samenvatting: beschikbare kennis over professionalfactoren

Het *opleidingsniveau* van professionals houdt positief verband met het effect van pleegzorg, evenals *matching op etniciteit* tussen professionals, pleeggezin en pleegkind. Voor beide bevindingen is matig bewijs. Ook in het preventieve veld wordt matching op SES en etniciteit gepropageerd, naast matching op een kenmerk als 'zelf ook ouder zijn', met zwakke bewijsvoering. Voor de andere onderzochte domeinen maakt de literatuur geen melding van de rol van SES en etniciteit. Wel wordt in de (grijze) literatuur over het preventieve veld en de jeugdgezondheidszorg het belang van culturele sensitiviteit van professionals genoemd.

Zowel in de jeugd-ggz als jeugdgezondheidszorg wordt (*tijdige*) *probleemherkenning* als invloedrijke professionalfactor genoemd, met sterk bewijs. In de jeugdgezondheidszorg is matig bewijs voor betere probleemherkenning als het om risicocategorieën, jongens en jongere kinderen gaat.

Vertrouwen en geloof van de professional in haar/zijn aanbod ('allegiance') vormt in verschillende domeinen een belangrijke factor. Er zijn vooral indirecte effecten, zoals een positieve invloed op kwaliteit van de uitvoering (preventieve veld) en op verlaging van opvoedstress bij ouders in jeugdzorg. Op alle gebieden gaat het om studies met matige of zwakke bewijskracht.

Voor de relevantie van *gerichtheid op of betrekken van ouders en/of andere gezinsleden* bij de aanpak is matig tot sterke evidentie, zowel in de jeugd-ggz, jeugdgezondheidszorg als pleegzorg. In de pleegzorg geldt dat ook voor contact met de pleegouders.

In de context van de jeugd-ggz is zwakke tot matige evidentie voor het effect van gerichtheid op empowerment (dan wel geloof in het behandelingseffect en eigen kracht) van de cliënt op resultaten van hulp.

De gevonden onderzoeken duiden verder op het belang van bepaalde *persoonlijkheidskenmerken en competenties* van professionals. In het preventieve veld is zwakke evidentie voor kenmerken als onbevooroordeeld zijn, betrouwbaarheid, empathie, respect, echtheid en zelfregulatie. Ook wordt acceptatie van *evidence based* methoden door professionals genoemd. In het domein van de jeugdzorg is sterk

bewijs voor soortgelijke eigenschappen als bovengenoemd, evenals een positieve hechtingsgeschiedenis, veerkracht, flexibiliteit en communicatieve competenties. Zwakker bewijs is er binnen dit domein voor de invloed van betrouwbaarheid, consistentie, een gelijkwaardige opstelling, en empathie op (het opbouwen van) de alliantie tussen jeugdigen, gezin en professional.

Ten slotte is er sterk bewijs voor een negatief verband tussen het *aantal betrokken hulpverleners* en het effect van de hulp in het domein van de jeugdzorg.

6 Alliantie cliënt-professional

In dit hoofdstuk behandelen wij de gevonden studies over de alliantie tussen jeugdige en/of gezin en de professional, waarbij achtereenvolgens de bevindingen over het preventieve veld, jeugdgezondheidszorg, jeugd-ggz en de geïndiceerde jeugdzorg aan de orde komen. De slotparagraaf bevat een samenvatting, met de focus op die factoren die blijkens de literatuur impact lijken te hebben op het succes van de aangeboden steun of hulp.

6.1 Preventieve veld

Een beperkt aantal studies geeft informatie over de alliantie tussen ouder en beroepskracht in het preventieve veld. De bewijskracht ervan verschilt. Een literatuuroverzicht uit het Verenigd Koninkrijk naar ouderprogramma's, vooral voor ouders met weinig opleiding, bevat studies die aantonen dat programma's het meest succesvol zijn bij een interactief leermodel, dat ruimte geeft aan de eigen ideeën en beleving van ouders (Statham, 2000). Dunst, Trivette en Deal (1994), aangehaald in ditzelfde literatuuroverzicht, zouden bewijs leveren voor het belang van de interpersoonlijke relatie tussen ouder en professional voor resultaten van ondersteuning of hulpverlening. Hoe sterk dit bewijs is, is niet bekend.

Verschillende bronnen bevatten een pleidooi voor een 'family centered' benadering in het werken met ouders (Peralta & Arellano, 2010; Trivette, Dunst & Hamby, 2010; Davis & Meltzer, 2007). Kern van dit type benadering is dat het sterk gericht is op het bouwen van partnerschap met ouders, en op het versterken van empowerment. Er is ook bewijs dat dit type benaderingen werkt. Trivette, Dunst & Hamby (2010) tonen bijvoorbeeld in hun model-toetsende metastudie aan dat hulp die als meer gezinsgericht en empowerend wordt ervaren meer invloed heeft op de 'self-efficacy' van ouders, zoals het leren om bronnen in te schakelen. Op zijn beurt beïnvloedt dit weer de relatie met de kinderen en hun ontwikkeling. De wijze waarop professionals een alliantie met ouders kunnen opbouwen is het meest uitgewerkt in het 'Family Partnership Model' van Davis en Meltzer (2007). Naar de toepassing van dit model is ook onderzoek gedaan, o.a. naar tevredenheid van beroepskrachten en ouders bij toepassing in verschillende settings. Het Family Partnership Model wordt gepresenteerd als tegenhanger van het vaak dominante 'expert model' waarin sprake is van eenrichtingsverkeer met de professional als expert en de ouder als ontvanger van informatie of hulp. Kern van het Family Partnership model is dat ouders vaak pas echt hulp of advies aanvaarden als: deze aansluit bij hun behoeften, samen doelen worden gesteld, en sprake is van een zekere gelijkwaardigheid. Ook kwaliteiten als echtheid, bescheidenheid en empathie bij de beroepskracht doen ertoe. Interessant is dat deze kwaliteiten blijkens onderzoek pas werken als ze inderdaad als zodanig door de ouder worden herkend. Het model is toegepast in verschillende settings, o.a. bij hulp aan ouders met kinderen met een handicap of met ggz-problematiek). Het Family Partnership Model draagt in zich: het flexibeler kunnen uitvoeren van interventies, meer aansluitend bij wat ouders willen, hulp gericht op empowerment en het zichzelf overbodig maken van degene die hulp verleent.

Een andere interessante benadering is inzet van inzichten uit 'relationship-based practice' (afkomstig uit sociaal werk). Het al aangehaalde artikel van Turney (2012) beschouwt de toepassing ervan in de context van kinderbescherming: hoe in zo'n context, waarin controle en toezicht belangrijk zijn en per definitie sprake is van een ongelijke machtsbalans, toch trachten een relatie met de gezinsleden te vestigen waarvan (h)erkenning, respect en reciprociteit kernelementen zijn.

6.2 Jeugdgezondheidszorg

Over de associatie tussen de alliantie en behandeluitkomsten in de setting van jeugdgezondheidszorg is geen literatuur gevonden.

6.3 Jeugd geestelijke gezondheidszorg

Het belang van de alliantie voor de effectiviteit van een behandeling in de jeugd-ggz wordt onderschreven met sterk bewijs uit verschillende reviewstudies (Green, 2006; Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2006; McLeod, 2011; Shirk & Karver, 2003; Zack, Castonguay, & Boswell, 2007; Zirkelback & Reese, 2010). Daarbij zijn de kind-therapeut alliantie en de ouder-therapeut alliantie beide belangrijk. Specifieke factoren binnen de alliantie die geassocieerd zijn met effectiviteit van de behandeling zijn matig onderzocht.

Bepaalde cliëntfactoren zijn mogelijk van invloed op de samenhang tussen alliantie en uitkomsten. Zoals eerder beschreven, lijken oudere kinderen beter in staat een alliantie op te bouwen als het gaat om taken en doelen stellen dan jongere kinderen. De sterkte van de samenhang tussen alliantie en behandeluitkomst is meestal gelijk bij kinderen en adolescenten (McLeod, 2011; Shirk & Karver, 2003). Enkel in de studie van Zack et al (2007) wordt bij kinderen een sterkere associatie tussen alliantie en behandeluitkomst gevonden dan bij adolescenten. Bij kinderen met externaliserende problemen werd vaker een sterkere associatie gezien tussen de alliantie en de behandelingsuitkomsten dan bij kinderen met internaliserende problemen (McLeod, 2011). Volgens Shirk en Karver (2003) zal het vormen van een alliantie moeizamer gaan met kinderen die externaliserende problemen hebben, wellicht omdat deze kinderen meer moeite hebben met autoriteitsfiguren. Echter, als de alliantie eenmaal is ontwikkeld, heeft deze een sterkere positieve associatie met de uitkomsten van de behandeling.

Er is nog geen bewijs gevonden voor de rol van professionalfactoren in de relatie tussen alliantie en behandeluitkomsten.

6.4 Geïndiceerde Jeugdzorg

Bij dit thema is het contrast met onderzoek in de (jeugd-)ggz opvallend: er is geen enkel gepubliceerd onderzoek gevonden naar de samenhang van alliantie met zorgrendement, laat staan publicaties van meta-analyses of overzichtsstudies. Wat betreft de onderzochte professional- en cliëntfactoren is er nog geen bewijs voor mogelijke moderatoren op de samenhang tussen alliantie en behandeluitkomsten. De bevindingen die hierna tentatief worden samengevat hebben zodoende louter betrekking op schaars correlatieel onderzoek (deels reviews, deels oorspronkelijk onderzoek) naar de samenhang tussen alliantie en andere factoren.

Uit onderzoek gericht op ambulante hulp blijkt dat professionalfactoren als betrouwbaarheid, stabiliteit en consistentie correleren met de kwaliteit van de samenwerkingsrelatie van jeugdige/gezin en hulpverlener (Gallagher et al., 2012).

Vanuit de pleegzorg is nog nauwelijks onderzoek beschikbaar dat inzicht geeft in opvattingen van ouders met betrekking tot de kwaliteit van samenwerking met zorgprofessionals (Alpert, 2005). Wel wordt in de studie van Alpert opgemerkt dat zij de verwachting heeft dat de houding van ouders ten opzichte van pleegzorg een belangrijke factor is die een rol kan spelen bij de keuze tussen residentiële behandeling en pleegzorg op het moment dat uithuisplaatsing nodig blijkt.

Uit de residentiële jeugdzorg komt onderzoek dat een positief verband aantoonde tussen de ontwikkeling en kwaliteit van alliantie en positieve verwachtingen bij de hulpvrager enerzijds, en een duidelijke focus op behandeltaken en -doelen door de hulpverlener anderzijds (Harder, 2011). Verder blijkt uit het literatuuroverzicht van Harder het gedrag van jeugdigen tijdens het hulptraject sterker samen te hangen met de ontwikkeling van alliantie dan de aard van hun problemen voor de start van het residentiële programma. Tot slot is er ook enig bewijs gevonden voor een positieve samenhang tussen alliantie met de jongere en de betrokkenheid van het gezin bij het hulpverleningstraject.

Uit een onderzoek bij cliënten met een lichte verstandelijke beperking, is gebleken dat zij met name empathie, betrouwbaarheid en een gelijkwaardige opstelling van professionals ten opzichte van cliënten belangrijk vinden bij het opbouwen en behouden van een succesvolle samenwerkingsrelatie (Roeden, Maaskant, & Curfs, 2010). De studie geeft geen zicht op de samenhang tussen deze professionalkenmerken enerzijds en de kwaliteit van de samenwerkingsrelatie en hulpverleningsresultaat anderzijds.

Op grond van het beschikbare onderzoek in de residentiële jeugdzorg (met zwakke bewijskracht) - dat in lijn is met onderzoek in de volwassenen-ggz - wagen we ons tot slot aan de veronderstelling dat

de kwaliteit van de samenwerkingsrelatie in sterkere mate bepaald wordt door gedrag en kenmerken van jeugdzorgprofessionals dan van cliënten (jeugdigen én ouders), al is tegelijkertijd duidelijk dat ook initiële positieve ervaringen van cliënten met hulpverleners een positieve bijdrage leveren aan de ontwikkeling van alliantie tussen beiden (De Swart, 2011b; Schroder, Sellman, Frampton, & Deering, 2009). De belangrijke vraag in hoeverre dat zowel geldt voor alliantie met jeugdigen als met ouders/opvoeders - of dat zich hier verschillen voordoen - kunnen we op grond van de beschikbare jeugdzorg-gerelateerde literatuur nog in het geheel niet beantwoorden. Dat geldt ook voor mogelijke verschillen in belang van alliantie, en factoren die alliantie modereren (beïnvloeden), voor jeugdigen van verschillende leeftijdsgroepen. Daar is het zelfs nog te vroeg voor het formuleren van marginaal empirisch gefundeerde veronderstellingen.

6.5 Samenvatting: beschikbare kennis over de alliantie

Over de alliantie tussen jeugdigen/ouders en professionals in de zorg voor jeugd is naar verhouding minder onderzoek beschikbaar dan over factoren bij deze personen zelf. Sterk bewijs voor de relevantie van deze factor voor het behandelingseffect vinden we voor de jeugd-ggz, zwak bewijs voor het preventieve veld. In de residentiële opvang hangt de alliantie cliënt-professional positief samen met de *focus van de professional op de behandeltaken en -doelen*. Daarvoor is sterk bewijs. Er is eveneens bewijs dat de alliantie vooral afhankelijk is van het *gedrag van een jongere tijdens de opname* en niet zozeer vóór opname. Voor de bevinding dat de *samenwerkingsrelatie in sterkere mate bepaald wordt door het gedrag en kenmerken van de professional* dan door het gedrag en kenmerken van de cliënt, is zwak bewijs. Wel is voor de jeugd-ggz gevonden dat de opbouw van de alliantie afhankelijk is van de *leeftijd* van de (jeugdige) cliënt, en dat behandelingen meer effect hebben bij jeugdigen met *externaliserend probleemgedrag* dan bij jeugdigen met internaliserend probleemgedrag - als er eenmaal een alliantie tot stand is gekomen. In de residentiële jeugdzorg is er meer kans op gezinsbetrokkenheid naarmate er een positievere alliantie tot stand komt tussen de hulpverlener en de jeugdige.

Onderzoek met vooralsnog zwakke bewijskracht in het preventieve veld duidt op het *belang van wederkerigheid en respect in de relatie* met jeugdigen en ouders. Een interactieve aanpak, met ruimte voor de behoeften en percepties van de betrokken gezinsleden, of waarbij sprake is van partnerschap met het gezin, heeft een positieve invloed op de tevredenheid van ouders en professionals en op het effect van het steunaanbod. Zwak bewijs is er voor de bevinding in het preventieve veld dat hulp die ouders als meer gezinsgericht en op empowerment ervaren, meer invloed heeft op hun *self-efficacy*.

7 Overzicht van hiaten

In de hoofdstukken 4 tot en met 6 staat beschreven voor welke factoren uit het IWF-model (zoals gepresenteerd in hoofdstuk 3) we steun hebben gevonden in de beschikbare onderzoeksliteratuur die betrekking heeft op het jeugddomein. In voorgaande hoofdstukken hebben we al enkele keren kort aandacht besteed aan de factoren uit het IWF-model waarvoor geen empirische steun is gevonden; zogenoemde kennishiaten. Dit hoofdstuk gaat dieper in op de ontbrekende empirische kennis binnen het jeugddomein. Na enkele algemene opmerkingen over de hiaten (paragraaf 7.1) benoemen we achtereenvolgens hiaten met betrekking tot cliënt-, professional- en alliantiefactoren.

7.1 Algemene bevindingen

Preventieve veld

Ruim een derde van de geïncludeerde bronnen gaat over ouderondersteuning in bijzondere gevallen: aan ouders met kinderen met ADHD, autisme, handicaps, of andere ontwikkelingsproblemen, of ondersteuning in bijzondere situaties, bijvoorbeeld binnen het kinderschermingskader of bij vaders in detentie. Op dit type problemen was niet specifiek gezocht; er lijkt meer bekend over bijzondere situatie en groepen dan over lichte preventieve opvoedsteun voor ouders zonder speciale behoeften. Dit vermoeden wordt bevestigd door verschillende door ons bestudeerde studies. Daarin wordt opgemerkt dat er weinig bekend is over ondersteuning aan ‘doorsnee’ gezinnen, bij kleine opvoedproblemen of in niet-klinische settings (Holmes et al., 2010; Murphy, Zweifach & Hoffman, 2012; Whittaker & Cowley, 2012). Er zijn nog meer beperkingen. Verschillende bronnen geven aan dat over vaders veel minder te vinden is dan over moeders (Flippin & Crais, 2011; Nowak & Heinrichs, 2008; Singer, 2007; Fabiano, 2007; Virgo, 2009; Holmes et al., 2010; Mah & Johnston, 2008). Over ouders van tieners is minder bekend dan over ouders met jongere kinderen, zo valt op als het geheel wordt overzien (zie ook Virgo, 2009). Daarnaast is relatief weinig bekend over ouders uit minderheidsgroepen (o.a. Jackson & Hodge, 2010; Singer, 2007; Virgo, 2009; Holmes et al., 2010; Mah & Johnston, 2008) en ouders met een lage SES (bijv. Singer, 2007). Dit heeft steeds te maken met het feit dat deze subgroepen minder bereikt worden door programma's voor opvoedondersteuning, en ook door onderzoekers (Virgo, 2009).

De meeste bronnen die we vonden waarin cliënt-, professional- of alliantiefactoren zijn gekoppeld aan uitkomsten van hulp zijn internationaal. Uit Nederlandse studies is ook een en ander bekend over bijvoorbeeld kenmerken van professionals die er in de ogen van ouders toe doen, of redenen van niet-bereiken of niet-behouden van ouders door voorzieningen voor opvoedsteun, onder andere uit de Kenniswerkplaats Tienplus en overzichtsstudies van onze hand over migrantenouders en opvoedsteun. Deze bronnen zijn verwerkt in de bijlagen VI en VII over de generalist en diversiteit. Nederlandse bronnen waarin professional- of alliantiefactoren worden gekoppeld aan resultaten van opvoedsteun hebben wij niet gevonden.

De bronnen die we bestudeerden, zowel nationaal als internationaal, laten zien dat er nog weinig onderzoek is waarin de feitelijke interactie tussen ouder en professional centraal staat. Wij hebben nauwelijks observatieonderzoek gevonden, en weinig kwalitatief onderzoek, maar dit kan te maken hebben met de focus op reviews en meta-studies.

Tot slot: het feit dat veel van de bronnen die we zochten recent zijn, van na 2005, laat zien dat de belangstelling voor de invloed van het type factoren waarnaar wij op zoek zijn wel toeneemt. Mogelijk zijn er ook internationaal op dit moment veel lopende studies naar dit onderwerp die dan wel nog niet gepubliceerd zijn dan wel nog niet in reviews zijn opgenomen.

Jeugdgezondheidszorg

Wanneer we de spaarzame gevonden literatuur betreffende werkzame factoren in de jeugdgezondheidszorg bekijken, constateren we verschillende algemene hiaten.

Allereerst zijn er methodologische beperkingen aan veel van de geïncludeerde overzichtsstudies. Verder is onderzoek naar de factoren binnen de jeugdgezondheidszorg setting maar zeer beperkt beschikbaar.

Ten opzichte van de andere gebieden (jeugd-ggz, preventieve veld en geïndiceerde jeugdzorg), richt de jeugdgezondheidszorg zich voornamelijk op het signaleren en doorverwijzen van kinderen en ouders naar geschikte behandelinstanties en niet zozeer op het daadwerkelijk behandelen van deze kinderen. Deze uitgangspositie kan mogelijk een verklaring bieden voor het gebrek aan studies op dit domein wat betreft werkzame factoren in de zorg voor jeugd binnen dit onderzoek. Deze overzichtsstudie richtte zich namelijk vooral op de rol van cliënt, professional en alliantie factoren in de effectiviteit van zorg en behandeling voor jeugd, in plaats van succesvolle doorverwijzing en signalering. Hierbij kan worden opgemerkt dat in de jeugdgezondheidszorg steeds vaker een methode van triage wordt ingezet waarbij met vragenlijsten en zonder persoonlijk contact kinderen geselecteerd worden. De vraag is wat dit betekent voor de effectiviteit van de zorg en de behandeluitkomst. Er lopen enkele onderzoeken naar de effectiviteit van deze werkwijze.

Daarnaast worden bij de periodieke contactmomenten in de jeugdgezondheidszorg steeds vaker vragenlijsten gebruikt die ouders van tevoren invullen. Deze vragenlijsten bestrijken doorgaans verschillende mogelijke probleemgebieden (zoals zindelijkheid, slaap, psychosociale ontwikkeling van het kind). Uit onderzoek blijkt dat het gebruik van deze vragenlijsten de effectiviteit van de signalering van problematiek vergroot (bijvoorbeeld Vogels, Crone, Hoekstra & Reijneveld, 2009; Theunissen, Vogels, de Wolff, & Reijneveld, 2013). In de maatschappij is er echter een groeiende weerstand tegen gebruik van vragenlijsten merkbaar. Dit heeft onder andere geleid tot een motie in de Tweede Kamer om het gebruik van vragenlijsten in de jeugdgezondheidszorg terug te dringen. Onderzoek is nodig om te evalueren of er andere methoden zijn die eveneens effectief aan signalering van problematiek binnen de jeugdgezondheidszorg kunnen bijdragen.

Jeugd-ggz

Wanneer we de gevonden literatuur betreffende werkzame factoren in de jeugd-ggz bekijken, constateren we verschillende algemene hiaten. Deze hiaten worden deels ook benoemd door de auteurs van de studies.

Allereerst zijn er methodologische beperkingen aan veel van de geïncorporeerde overzichtsstudies; bijvoorbeeld is in de studies vaak een grote diversiteit aan onderzoeken (verschillen in methodologie en data, definities van concepten, steekproefkenmerken en -grootte et cetera) meegenomen, wat het lastig maakt om eenduidige conclusies te verbinden aan de bevindingen. Veel van de geïncorporeerde studies gebruiken voornamelijk vragenlijsten en in mindere mate semigestructureerde (diagnostische) interviews als meetinstrument. Meer kwalitatieve studies, die bijvoorbeeld gebruik maken van diepte-interviews en focusgroepen, zouden waarschijnlijk aanvullende inzichten opleveren over de redenen voor behandel succes of uitval. Ook is er maar weinig onderzoek gedaan naar de verschillende mogelijk werkzame factoren in samenhang en/of interactie met elkaar.

Ook het onderzoeken van cliënt-, professional- en alliantiefactoren in combinatie met de inhoud en kenmerken van interventies of hulp is zeer zeldzaam. Vele praktische randvoorwaarden voor zorg of een interventie, zoals bijvoorbeeld afstand tot de behandelplek, tijdsinvestering voor de ouders en kinderen en intensiteit van de behandeling, in relatie tot succesvolle zorg en behandeling en eventuele uitval blijven ook onderbelicht. In de praktijk lijken deze factoren echter wel een rol te spelen. Dit geldt ook voor kenmerken van de organisatie. Dit wordt ondersteund door origineel onderzoek dat suggereert dat het algehele organisatorische klimaat, zoals de sfeer en collegialiteit invloed hebben op de effectiviteit van de behandeling (Glisson & Green, 2011). Het is daarom belangrijk dat er meer onderzoek komt naar de organisationele barrières en randvoorwaarden voor effectiviteit. Hoe deze barrières kunnen worden aangepakt, aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan en daarnaast wat de factoren zijn die bereik van zorg vergroten en behandelingen versterken.

Verder is onderzoek specifiek voor de Nederlandse situatie maar beperkt beschikbaar. De resultaten gevonden in de internationale literatuur over de jeugd-ggz lijken generaliseerbaar naar de Nederlandse situatie wat betreft factoren die de behandelingseffectiviteit beïnvloeden. Wat betreft de factoren die het bereik van behandelinstanties beïnvloeden zouden er verschillen kunnen zijn tussen de internationale literatuur en de Nederlandse situatie.

Geïndiceerde jeugdzorg

Met betrekking tot de beschikbare empirische literatuur binnen de geïndiceerde jeugdzorg, constateren we verschillende hiaten. Deze hiaten worden doorgaans ook benoemd door de auteurs van de studies.

Allereerst worden er binnen de meta-analyses en reviews enkele algemene en/of overeenkomende beperkingen benoemd. Zo concluderen diverse auteurs dat veel gebruikte studies methodologisch zwak zijn onderbouwd (Frensch & Cameron, 2002) en dat vergelijking van onderzoeksresultaten lastig is, gezien de grote variatie in studies (qua doelgroep, manier van dataverzameling, et cetera) (Frensch & Cameron, 2002; Hair, 2005; Veerman, 1992). Daarnaast wijzen twee meta-studies/reviews op de beperking dat er te weinig studies zijn geïnccludeerd om sterke conclusies te kunnen trekken (Al et al., 2012; Hair, 2005). Tot slot blijken de resultaten van enkele studies niet gegeneraliseerd te kunnen worden tot algemene conclusies vanwege de kleine onderzoeksgroep (Mendes, Johnson, & Moslehuddin, 2012) of demografische beperkingen (bijv. nationale resultaten waarvan niet bekend is of deze ook meer mondiaal gelden) (Al et al., 2012; Harder, 2011).

Met betrekking tot de originele studies zijn veelal dezelfde beperkingen geconstateerd. Zo is in diverse studies de onderzoeksgroep te klein (Brady & Caraway, 2002; Schroder et al., 2009; Strauss, et al., 2012; Van Dam et al., 2011) en is generalisatie van de gevonden resultaten moeilijk (Den Dunnen, et al., 2012; Strauss et al., 2012). Daarnaast zijn de resultaten gebaseerd op raadpleging van één in plaats van meerdere informanten, bijvoorbeeld alleen jongeren (Van Dam et al., 2011) of alleen professionals (De Swart, 2011a) in plaats van beide.

Wat betreft de beschikbaarheid van Nederlands onderzoek binnen de geïndiceerde jeugdzorg ten aanzien van de thema's cliënt-, professional-, alliantiefactoren en zorgresultaat, valt op dat het aantal studies beperkt is. De enige studies die van toepassing waren op Nederlandse jeugd, waren studies die gevonden zijn in proefschriften van Nederlandse promovendi (e.g. De Swart, 2011a). Momenteel zijn er echter wel diverse onderzoeksinitiatieven (onder andere: Onderzoeksprogramma 'Samen Sterker', Noord-Brabant) die zich richten op de (samenhang tussen de) thema's alliantie, professionalfactoren en rendement van de geïndiceerde jeugdzorg.

Tot slot is er slechts één studie gevonden die betrekking had op de zorg voor jeugd met een lichte verstandelijke beperking in relatie tot de thema's die centraal staan binnen deze kennisinventarisatie (Roeden, Maaskant, & Curfs, 2010).

7.2 Hiaten in kennis over cliëntfactoren

Preventieve veld

De resultaten over het preventieve veld van opvoedsteun laten zien dat er weinig bekend is over cliëntfactoren, zij het meer dan over professional- en alliantiefactoren. Het betreft doorgaans bevindingen uit review- of metastudies waarin bepaalde variabelen zoals sekse van ouders, sociaaleconomische status van het gezin, depressiviteit van de ouder of ernst van het probleemgedrag bij kinderen zijn meegenomen in de analyse als achtergrondvariabele. Enige - zij het beperkte - kennis is er ook over verwachtingen van ouders over opvoedsteun of de wijze waarop zij de beroepskracht ervaren in relatie tot resultaten. Over zelfredzaamheid van de cliënt, een factor onderscheiden in het IWF-model als relevant, zijn geen resultaten gevonden, en evenmin over enkele andere kenmerken die wijzen op problemen in gezinnen zoals alcohol- en druggebruik van ouders. Dat lag wellicht ook minder voor de hand door de focus op preventieve hulp. Opvallend is dat geen onderzoek is gevonden over de effecten of betekenis van (echt)scheiding voor de effectiviteit van hulp. In sommige studies wordt eenouderschap als achtergrondkenmerk meegenomen, hoewel wij het ook weinig tegenkwamen als op zichzelf staande factor.

Jeugdgezondheidszorg

Er zijn geen reviews in de internationale literatuur gevonden die zich specifiek richten op werkzame factoren in de jeugdgezondheidszorg. De originele literatuur omvat wel enkele relevante studies. Deze studies hebben betrekking op de toegankelijkheid van de hulpverlening, signalering van problematiek en het daaropvolgend doorverwijzen naar andere hulpverleningsinstanties. Specifieke studies naar cliënt factoren in deze setting ontbreken.

Jeugd-ggz

Er is er maar beperkt onderzoek beschikbaar over de invloed van cliëntfactoren op de uitkomsten van behandeling en het bereik van de doelgroep op het gebied van jeugd-ggz. Specifiek gesuggereerde

belangrijke cliëntfactoren zijn: sociaaldemografische factoren, leeftijd/ontwikkeling van het kind en multi-problematiek. Ook zouden verwachtingen, motivatie en houding ten opzichte van zorg een rol spelen. Het is goed mogelijk dat cliëntfactoren betrokken zijn als moderatoren in de relatie tussen de alliantie en de behandeluitkomst (variabelen die deze relatie beïnvloeden); hier is verder onderzoek naar nodig.

Er is geen onderzoek gevonden dat de relatie tussen persoonlijkheid, veerkracht en zelfredzaamheid en effectiviteit van de zorg en behandeling in de jeugd-ggz beschrijft. Ook is er geen overzichtsstudie gevonden die inzicht geeft in de rol van de sociale/maatschappelijke omgeving en eerdere ervaringen met hulpverlening in de effectiviteit van jeugdzorg op dit domein.

Een andere factor waarvoor geen overzichtsstudies zijn gevonden voor kinderen, maar waarvan bij volwassenen gebleken is dat zij een rol speelt in de behandeluitkomst in de ggz (Swift & Callahan, 2009), is de voorkeur van de cliënt voor een bepaalde behandeling.

Geïndiceerde jeugdzorg

Wat betreft de beschikbare informatie over de cliënt-, professional- en alliantiefactoren in het veld van de geïndiceerde jeugdzorg, blijkt dat er vooral studies beschikbaar zijn die betrekking hebben op - veelal demografische - cliëntfactoren. Het aantal cliëntfactoren waarvan de samenhang met het rendement van de zorg empirisch is onderbouwd, is beperkt. Factoren uit het IWF-model waarover geen empirische studies zijn gevonden, zijn de factoren 'psychiatrische en delinquentie geschiedenis van het gezin' en 'de mate van zelfredzaamheid van de cliënt'.

7.3 Hiaten in kennis over professionalfactoren

Preventieve veld

De bevindingen over professionals laten zien dat een aantal factoren ertoe lijkt te doen. 'Allegiance' (vertrouwen in het programma waarmee men werkt) doet er bijvoorbeeld toe en krijgt aandacht in enkele van de door ons bestudeerde bronnen, evenals een respectvolle houding naar ouders en betrouwbaarheid of empathie. Bewijs over hoe dit type kenmerken werkt in het veld van opvoedsteun is nog beperkt. We vonden geen bronnen die ingingen op achtergrondkenmerken als sociaaleconomische status of sociaaldemografische kenmerken van de professional. In een enkele studie kwam het belang van interculturele sensitiviteit naar voren, als relevante competentie voor beroepskrachten. Meer hierover is te lezen in bijlagen VI en VII over de generalist en diversiteit bij dit rapport. In die bijlagen wordt ook specifieker ingegaan op de competenties en vaardigheden die de generalist moet hebben, volgens de nu bestaande profielschetsen. Naar de wijze waarop de generalist gaat functioneren, in de context van de transitie in de zorg voor jeugd, en verschillende rollen weet te combineren is nog geen onderzoek gedaan. Evenmin naar nieuwe uitdagingen als het omgaan met autonomie die de nieuwe functie met zich brengt. Professionalfactoren die wel worden genoemd in het IWF-model, maar waarover geen empirische studies zijn gevonden, zijn 'voorgeschiedenis', 'negatieve werkervaringen' en 'mate van werkervaring'.

Jeugdgezondheidszorg

Er is er maar beperkt onderzoek beschikbaar over de invloed van professionalfactoren op de uitkomsten van behandeling. Voor de jeugdgezondheidszorg lijkt vooral het vermogen van de professional om problemen te herkennen van belang. Cliëntfactoren spelen hier ook een rol bij. Het is goed mogelijk dat professionalfactoren betrokken zijn als moderatoren in de relatie tussen de alliantie en de behandeluitkomst; hier is verder onderzoek naar nodig.

Er zijn geen studies gevonden die kijken naar de rol van sociaaldemografische factoren, voorgeschiedenis, persoonlijkheid, opleiding en ervaring, het gevoel van zelf-effectiviteit en de verwachting/*allegiance* van de professional in de effectiviteit van zorg en behandeling op het gebied van de jeugdgezondheidszorg.

Jeugd-ggz

Er is er maar beperkt onderzoek beschikbaar over de invloed van professionalfactoren op de uitkomsten van behandeling in de jeugd-ggz. Belangrijke specifieke professionalfactoren die worden genoemd

zijn: empathie, warmte en openheid, het stimuleren van empowerment van ouders en het betrekken van ouders bij de behandeling. Ook speelt het vermogen van de professional om problemen te herkennen en de cliënt te kunnen motiveren een rol. Het is goed mogelijk dat professional factoren betrokken zijn als moderatoren in de relatie tussen de alliantie en de behandeluitkomst; hier is verder onderzoek naar nodig.

Er zijn geen studies gevonden die kijken naar de rol van sociaaldemografische factoren, voorgeschiedenis, opleiding en ervaring, het gevoel van zelf-effectiviteit en de verwachting/*allegiance* van de professional in de effectiviteit van zorg en behandeling op het gebied van jeugd-ggz.

Geïndiceerde jeugdzorg

Er is slechts een beperkt aantal professional factoren gevonden dat samenhangt met het resultaat van de zorg. De studies die betrekking hebben op professional factoren, kennen bovendien beperkingen. Zo benoemt De Swart (2011a) professional kenmerken die wenselijk worden geacht voor residentiële jeugdzorgwerkers, maar is niet onderzocht of deze kenmerken ook daadwerkelijk samenhangen met de kwaliteit en de effectiviteit van de geboden zorg. Professional factoren die wel worden genoemd in het IWF-model, maar waarover geen empirische studies zijn gevonden, zijn 'voorgeschiedenis', 'negatieve werkervaringen' en 'mate van werkervaring'.

7.4 Hiaten in kennis over de alliantie cliënt-professional

Preventieve veld

Het onderzoek naar de alliantie tussen cliënt en professional in het preventieve veld heeft een beperkte omvang en bewijskracht. De term alliantie wordt niet genoemd in het bij elkaar gebrachte onderzoek over de relatie tussen beiden in dit domein. Wel is er onderzoek dat deze relatie tot onderwerp heeft. De belangrijkste bevinding voor het preventieve veld is dat partnerschap met ouders uitmaakt voor de effectiviteit van hulp, waarbij elementen als gelijkwaardigheid, gezamenlijkheid in doelen en empowerment worden genoemd. Partnerschap en de bijbehorende gerichtheid op de vraag en percepties van ouders vereist een zekere flexibiliteit van de professional. Er is nog weinig (grootschalig of effect-) onderzoek dat daadwerkelijk een relatie legt met uitkomsten van opvoedondersteuning. Er zijn wel enkele originele studies en enige evidentie over de werking van het 'Family partnership model', een van de invullingen van de 'family centered' benaderingen. Ook hier zijn dus de nodige lacunes als het gaat om onderzoek.

Jeugdgezondheidszorg

Over de associatie tussen de alliantie en behandeluitkomsten in de jeugdgezondheidszorg-setting is geen literatuur gevonden.

Jeugd-ggz

Het onderzoek naar de relatie tussen alliantie en behandelingsuitkomst heeft te kampen met methodologische beperkingen. Een voorbeeld daarvan is een onduidelijke definitie van het begrip alliantie. Het begrip bestaat uit verschillende inhoudelijke en meetbare elementen, zoals een taak-alliantie en een affectieve alliantie of de ouder-alliantie versus de kind-alliantie, en deze verschillende elementen worden in de gevonden literatuur samen genomen onder het begrip 'alliantie'.

Andere methodologische beperkingen zijn de verschillen tussen studies in, bijvoorbeeld, het tijdstip van de meting van de alliantie en wie er over de alliantie rapporteert. Deze verschillen kunnen de resultaten beïnvloeden; een meting later in de behandeling levert vaak een sterkere alliantie tussen cliënt en therapeut op, wat weer invloed kan hebben op de associatie tussen alliantie en behandeluitkomsten. Het is daarom van belang dat het onderzoek hier helder over rapporteert.

Het onderzoek naar de alliantie focust zich, vooral bij jonge kinderen, op de alliantie tussen ouder- en professional. De rol van het kind in de behandeling bij de totstandkoming van beslissingen over de behandeling is onderbelicht (zie bijvoorbeeld Coyne, 2008). Tevens is er geen onderzoek gevonden dat vanuit het perspectief van het kind de effecten van samen beslissingen maken (*shared decision making*); hierbij doorlopen de professional en de cliënt samen het proces van het kiezen van een behandeling. Bij volwassenen is gebleken dat in de ggz, het gezamenlijk nemen van beslissingen door

de professional en de cliënt, kan leiden tot betere behandeluitkomsten (Joosten et al., 2008). Verschillende factoren zijn van invloed op het uitwisselen van informatie tussen cliënt en professional en het komen tot gezamenlijke beslissingen. Bijvoorbeeld de motivatie om informatie te zoeken en bekijken bij de cliënt, het al dan niet open staan voor keuzen of inbreng van cliënten en kennis over bijvoorbeeld culturele verschillen bij de professional, en gezamenlijke factoren (zoals rolverwachtingen en taal) (Edwards, Davies & Edwards, 2009).

Er werden geen studies gevonden die iets zeiden over het kader waarin de hulp plaatsvond (gedwongen of vrijwillig) en de invloed hiervan op de alliantie en behandeluitkomst.

Geïndiceerde jeugdzorg

Met betrekking tot alliantiefactoren zijn er enkel indirecte bewijzen gevonden; er zijn geen studies gevonden waarin de directe samenhang tussen alliantie en het rendement van de zorg in kaart wordt gebracht. Ook zijn er geen studies gevonden over elementen - zoals het hulpverleningskader - die van invloed zijn op de alliantiekwiteit tussen cliënt en professional.

Deel 3

CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

8 Conclusies

In dit hoofdstuk vatten we eerst nog eens kort samen voor welke (verondersteld) werkzame factoren we bewijs hebben gevonden in het hiervoor besproken literatuuronderzoek (hoofdstuk 4-6). Vervolgens benoemen we welke hiaten er zijn in de manier waarop onderzoek naar cliënt-, professional- en alliantiefactoren tot nu toe is opgezet en uitgevoerd. Tot slot gaan we in op implicaties hiervan voor de invulling van het IWF-model.

Drie jaar zijn verstreken sinds de publicatie van de overzichtstudies van werkzaam factorenonderzoek van de hand van Duncan et al. (2010), Van Yperen et al. (2010) en Pijnenburg (2010) over vrijwillige hulp, en van Hermanns en Menger (2010) betreffende hulp in gedwongen kader. Op de vraag of we inmiddels wijzer geworden zijn, luidt het antwoord: ja, maar slechts in beperkte mate. Het inzicht dat effectieve interventies een cruciale, maar niet alleenzalmakende ‘werkzame factor’ zijn, wordt inmiddels breed gedeeld, al is er nog wel de nodige discussie over het relatieve gewicht van de uiteenlopende werkzame factoren. Dat geldt ook voor de vraag of daarin de komende jaren wezenlijke veranderingen te verwachten zijn. Dit laat onverlet dat de oogst van de hier gerapporteerde verkenning van de onderzoeksliteratuur niet meevalt. Er is dus nog veel werk te doen. Deze constatering valideert het beleidsvoornemen van ZonMw om de komende tijd structureel praktijkonderzoek te entameren naar de effectiviteit van interventies (en de implementatie daarvan) én van algemeen werkzame factoren.

Dat de oogst wat betreft het aantal studies over algemeen werkzame factoren zoals gezegd bescheiden is, kan samenhangen met dat er - in overleg met opdrachtgever en klankbordgroep - voor gekozen is om eerst en vooral te zoeken naar publicaties over systematische literatuurreviews, meta-analyses en andere overzichtsartikelen over onderzoek naar cliënt- en professionalfactoren en factoren met betrekking tot hun werkalliantie *in relatie tot* de effectiviteit van geboden hulp. De aanname hierbij was dat bij reviews, meta-analyses en overzichtsstudies over het algemeen al een goede schifting wordt gemaakt in al dan niet bruikbare, en methodisch verantwoord opgezette studies. Het is niet mogelijk geweest om alle beschikbare literatuur over oorspronkelijk onderzoek met betrekking tot werkzame factoren te inventariseren en verwerken in het rapport. Dit caveat, gecombineerd met het besef dat het trekken van conclusies gehinderd wordt door methodologische onvolkomenheden in veel gerapporteerde studies, en de bescheiden omvang van de publicatieoogst als zodanig, impliceert dat de in dit rapport opgenomen kwalificaties voor de mate van bewijs (sterk-matig-zwak) met reserve zijn toegekend.

8.1 Bevindingen

Uit de verkenning van onderzoeksliteratuur betreffende het jeugddomein blijkt dat er tot op heden relatief weinig empirisch onderbouwde kennis is over de factoren die samenhangen met de kwaliteit en effectiviteit van de zorg voor jeugd. Er zijn, zoals gezegd, weinig studies beschikbaar die betrekking hebben op cliënt-, professional-, en alliantiefactoren en hun samenhang met zorgresultaat in de jeugdsector. Bovendien zijn de gevonden studies in die zin ‘beperkt’ dat vrijwel alle bevindingen op vragenlijstonderzoek gebaseerd zijn. Binnen de jeugd-ggz en de geïndiceerde jeugdzorg werd enkele keren gebruikgemaakt van semigestructureerde interviews. Publicaties op basis van observationeel onderzoek blijken niet beschikbaar.

De domeinen binnen de zorg voor jeugd verschillen van elkaar als het gaat om de beschikbaarheid en kwaliteit van het gevonden materiaal. Binnen de jeugd-ggz werd het meeste materiaal gevonden. Binnen dit domein waren ook de meeste meta-analyses en overzichtsstudies beschikbaar. Met betrekking tot de geïndiceerde jeugdzorg waren er enkele relevante meta-analyses en originele studies. Aangaande de jeugdgezondheidszorg bleek er weinig empirisch materiaal te vinden, al bevonden zich onder de beschikbare artikelen wel enkele relevante overzichtsstudies. Tot slot bleek dat er voor het preventieve veld en binnen de zorg voor jeugd met een lichte verstandelijke beperking (jeugd-lvb) heel weinig empirisch materiaal beschikbaar was. Kennis over werkzame factoren in het preventieve veld is voornamelijk overwegend gebaseerd op ‘grijze’ literatuur.

Bevindingen vanuit de verschillende domeinen overlappen elkaar gedeeltelijk. Bovendien komen de bevindingen uit het jeugddomein ook (voor een deel) overeen met resultaten van onderzoek naar

werkzame factoren bij volwassen cliënten. Dit voedt de veronderstelling (Pijnenburg, 2010) dat veel resultaten uit onderzoek naar werkzame factoren in de diverse subdomeinen van de hulpverlening aan volwassenen waarschijnlijk ook zeggingskracht hebben voor de zorg voor jeugd, en dus in de toekomst aandacht verdienen.

Verder constateren we dat binnen alle verkende domeinen vooral studies beschikbaar zijn die betrekking hebben op cliëntfactoren. Professional- en (vooral) alliantiefactoren zijn tot op heden vergelijkenderwijs minder onderzocht. Tot slot valt op dat studies zich veelal richten op één van de factoren en dat de samenhang met zorgresultaat niet altijd inzichtelijk wordt gemaakt. In bijlage IV staat een overzichtstabel met daarin alle gevonden factoren en hun samenhang met diverse uitkomstvariabelen.

Hieronder worden per factor kort de voornaamste bevindingen weergegeven waarvoor empirische onderbouwing vanuit meerdere domeinen beschikbaar is. De mate van bewijsvoering is gebaseerd op de in paragraaf 2.1 uitgewerkte criteria.

Met betrekking tot *cliëntfactoren* is er - vanuit het preventieve veld, de jeugd-ggz en geïndiceerde jeugdzorg - sterk bewijs voor de negatieve samenhang tussen het aantal en de intensiteit van problemen enerzijds, en het resultaat van de zorg anderzijds. Hoe groter het aantal problemen en hoe zwaarder de problemen van cliënten en hun systeem, hoe minder gunstig het zorgresultaat. Ten tweede is er - binnen het preventieve veld, de jeugd-ggz en geïndiceerde jeugdzorg (inclusief jeugd-lvb) - matig tot sterk bewijs gevonden voor het belang van het vertrouwen en het geloof van de cliënt in de geschiktheid van de gekozen aanpak, en diens motivatie voor behandeling. Ten derde leveren studies binnen het preventieve veld en de geïndiceerde jeugdzorg een matig tot sterk bewijs voor de samenhang tussen de aard van de problematiek en persoonlijkheidskenmerken van jeugdigen enerzijds, en het verloop en het resultaat van de zorg anderzijds. Op de vierde plaats is er matig tot sterk bewijs gevonden voor de samenhang tussen etniciteit van cliënten en hun positie binnen de hulpverlening. Zo wijzen studies vanuit de verschillende domeinen uit dat etnische minderheden zelf minder snel hulp zoeken, de hulpverlening hen minder bereikt en dat er minder geschikt hulpverleningsaanbod is voor deze groep. Over de relatief geringe effectiviteit van zorg voor etnische minderheden is bewijs gevonden vanuit de geïndiceerde jeugdzorg. Het waarom van deze afstand tussen 'vraag en aanbod' roept nog veel vragen op. In bijlage VII zijn, op basis van een literatuurstudie uit 2009, (professional- en alliantie)factoren benoemd die de afstand tussen vraag en aanbod voor zorg aan etnische minderheden kunnen verkleinen. Tot slot is in studies binnen het preventieve veld, de jeugd-ggz en de geïndiceerde jeugdzorg matig tot sterk bewijs gevonden voor de samenhang tussen diverse sociaaldemografische variabelen en hulpverleningsresultaat: leeftijd (lagere leeftijd jeugdige, positiever zorgresultaat), sociaaleconomische status (lagere SES, negatiever zorgresultaat), en gezinsgrootte (kleiner gezin, positiever zorgresultaat).

Wat betreft *professionalfactoren* is sterk bewijs gevonden voor de positieve samenhang tussen het vermogen van professionals om ouders of het systeem te betrekken bij de hulpverlening enerzijds, en het zorgresultaat anderzijds. Dit verband wordt aangetoond door studies binnen het preventieve veld, de jeugd-ggz, jeugdgezondheidszorg en geïndiceerde jeugdzorg. Een tweede factor, waarvoor binnen de jeugd-ggz en jeugdgezondheidszorg bewijs is gevonden, is het belang van tijdige probleemherkenning door professionals. Dit verband is overigens gevonden zonder dat de relatie met zorgeffect is onderzocht. Ten derde is er - binnen het preventieve veld, jeugd-ggz en jeugdzorg - matig tot sterk bewijs gevonden voor het belang van het vertrouwen en het geloof van de professional in de geschiktheid van de gekozen aanpak als het gaat om het realiseren van een positief zorgresultaat. In de jeugd-ggz is sterk bewijs gevonden voor persoonlijkheidskenmerken van professionals, zoals empathie, warmte en openheid en het stimuleren van empowerment van ouders. Tot slot blijkt - uit onderzoek binnen het preventieve veld en de geïndiceerde jeugdzorg - matig tot sterk bewijs voor het vermogen van professionals tot empowerment van cliënten.

Met betrekking tot *alliantiefactoren* blijkt uit onderzoek binnen de jeugd-ggz (sterk bewijs) en het preventieve veld (matig bewijs) dat alliantie positief samenhangt met het zorgresultaat.

Naast bevindingen met betrekking tot de drie factoren, concluderen we dat de gevonden literatuur nauwelijks uitspraken toelaat over de - in de transitie van de zorg voor jeugd - beoogde 'generalist', die een spil vormt in de wijk, eerste aanspreekpunt en steun is voor de gezinsleden, en zo nodig schakelt naar specialistische zorg. De gevonden literatuur bevat wel aanwijzingen voor het belang van

enkele typen kenmerken/competenties die cruciaal zijn voor deze functie (zie voor een overzicht van de literatuur over beoogde kenmerken en competenties bijlage VI), te weten aansluiten bij/betrekken van gezinsleden en (tijds) probleemherkenning.

8.2 Methodische hiaten

Eerder constateerden we al dat er over de hele linie relatief weinig is gevonden met betrekking tot de samenhang tussen werkzame factoren enerzijds, en behandel- en zorgrendement binnen de zorg voor jeugd anderzijds. Dit geldt met name voor de impact van alliantie; onderzoek naar het effect van alliantie op zorgresultaat is nauwelijks gevonden.

Opgemerkt moet worden dat door de focus op cliënt-, professional- en alliantiefactoren, andere factoren die van belang (kunnen) zijn buiten beschouwing zijn gebleven. Zo is bijvoorbeeld niet gekeken naar de invloed van organisatorische factoren. In sommige onderzoeken is wel aangegeven dat meso- en macrofactoren (in)direct van invloed zijn op de kwaliteit van zorg, maar er zijn geen studies gezocht waarin deze factoren onderwerp van onderzoek waren. Mogelijk kan hier in vervolgonderzoek wel aandacht aan worden besteed, zeker daar waar verondersteld wordt dat deze factoren effect hebben op de samenhang tussen cliënt-, professional-, alliantiefactoren en zorgresultaat.

Wat betreft de manier waarop de data verzameld zijn binnen de verschillende studies, kan worden geconcludeerd dat er met name vragenlijstonderzoek is gedaan. Binnen een enkele studie zijn er ook met behulp van (semigestructureerde) interviews data verzameld. Gebruik van observaties wordt niet tot nauwelijks gerapporteerd. Dit terwijl veel non-specifieke factoren zich juist goed lenen om met om door middel van observatie onderzocht te worden. Een aanbeveling voor vervolgonderzoek is dan ook om veldonderzoek te richten op de interacties tussen cliënten en hun professionals, en deze gegevens meetbaar te maken door observaties te coderen.

De gevonden overzichtsstudies merken veelal op dat - gegeven de grote diversiteit binnen de gebruikte studies - het lastig is om eenduidige conclusies te verbinden aan de bevindingen. Zo schuilt er variatie in de samenstelling van de doelgroep en in gebruikte concepten. Een term als alliantie wordt bijvoorbeeld op veel verschillende manieren gedefinieerd en geoperationaliseerd. De term alliantie kan betrekking hebben op taakalliantie en/of emotionele alliantie, en de aard van de samenwerkingsrelatie kan verschillen (jeugdige-professional, gezin-professional).

In diverse studies wordt aangegeven dat de gevonden resultaten moeilijk te generaliseren zijn. Dit komt onder andere doordat onderzoek vaak plaatsvindt binnen zeer specifieke, homogene onderzoeksgroepen, of in een land dat wat (zorg)context betreft sterk van andere landen verschilt.

Er is weinig onderzoek waarin sociaaldemografische factoren specifiek onderwerp van onderzoek zijn. Meestal worden deze factoren gezien als 'bijvangst'. Zo worden leeftijd en geslacht van de cliënt vaak standaard opgenomen in een onderzoek en is de analyse van de data gericht op de vraag of bij controle op deze factoren effecten sterker of zwakker worden.

Binnen sommige domeinen wordt geconcludeerd dat cliënt- en professionalfactoren moderatorfactoren zouden kunnen zijn tussen alliantie en behandeluitkomst. Hier is echter onvoldoende bewijs voor gevonden. Wel blijkt dat alliantie op zich niet vaak wordt gezien als direct van invloed op behandelrendement.

Veel studies gebruikten slechts één informantengroep (bijvoorbeeld alleen cliënten of alleen professionals). Onderzoek naar welke informant de meest betrouwbare informatie geeft om zicht te krijgen op werkzame factoren is niet eenduidig. De perspectieven van cliënten en hulpverleners ten aanzien van bijvoorbeeld alliantievorming verschillen soms wezenlijk. Het is daarom wenselijk dat meerdere informanten worden geraadpleegd, die hun visie geven op hetzelfde fenomeen (bijvoorbeeld alliantie) en dat wordt nagegaan welke beoordeling (cliënt en/of professional) de beste voorspeller is voor het meten van zorgeffect.

In een enkele studie wordt aangegeven dat de timing van meting belangrijk is. Er is tot nu toe nog onvoldoende zicht op het ontwikkelingsproces van alliantie en daardoor is nog niet goed te bepalen wat het beste meetmoment is om het hulpverleningsresultaat op basis van alliantie te voorspellen. Van een aantal factoren is aannemelijk geworden dat ze van invloed zijn op het resultaat van de zorg, maar het is vaak nog niet duidelijk hoe ze werken. Het is dan ook van belang om zicht te krijgen op de werkingsmechanismen van werkzame factoren. Op het moment dat je weet hoe deze mechanismen werken, dan kan dit leiden tot aanknopingspunten om in te grijpen op het moment dat de effectiviteit

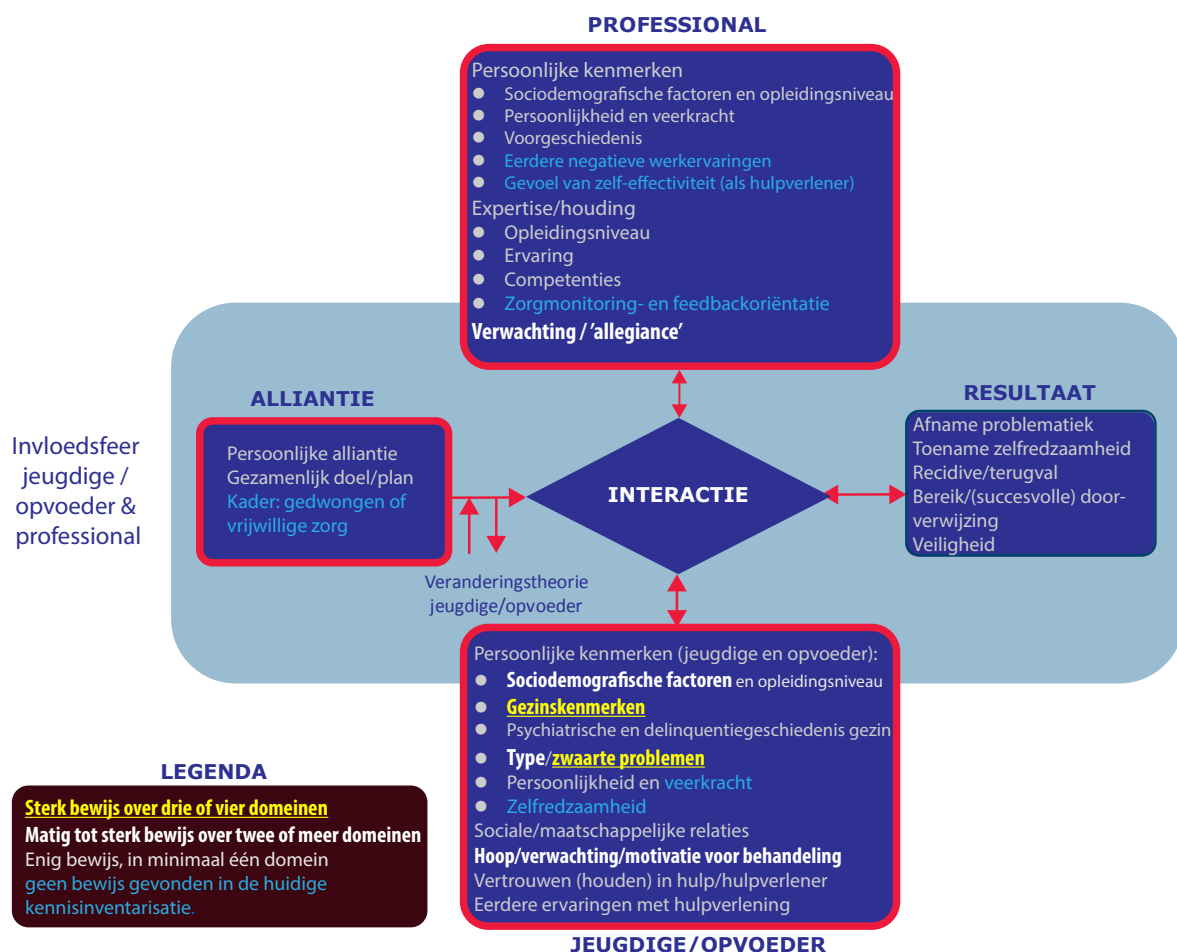
van zorg in gevaar komt. Mediator- en moderatoranalyses zijn vereist om dit goed in beeld te brengen. Onderzoek dus naar variabelen die de relatie tussen bepaalde factoren en uitkomsten van hulp of ondersteuning beïnvloeden of mede bepalen. Dergelijk onderzoek is vooralsnog niet of nauwelijks beschikbaar in het domein van zorg voor jeugd.

8.3 Aangepast IWF-model

In hoofdstuk 3 is het Integratief Werkzame Factorenmodel (IWF-model) van Pijnenburg en Van Hattum (2013) besproken, met specifieke aandacht voor de factoren op microniveau die in de huidige inventarisatie centraal staan. Hierna geven we een aangepaste versie van dit model weer. Hierin is aangegeven voor welke factoren we binnen de huidige kennisinventarisatie bewijs hebben gevonden, en wat de sterkte van de bewijskracht is (zie figuur 8.1; lezers die geïnteresseerd zijn in een overzicht per domein, worden verwezen naar bijlage V).

Zoals figuur 8.1 laat zien, is het grootste deel van de factoren in het IWF-model onderzocht in één of meerdere studies en domeinen. Voor twee cliëntfactoren is sterk bewijs gevonden in verschillende domeinen; te weten gezinskenmerken en zwaarte van problemen. Voor drie factoren (zowel cliënt- als professionalfactoren) bleek matig tot sterk bewijs beschikbaar vanuit minimaal twee domeinen. Met betrekking tot cliëntfactoren zijn dit de factoren: type problemen en hoop/verwachting over behandeling. Met betrekking tot professionalfactoren gaat het om verwachting/*allegiance*. Over het grootste deel van de factoren is in één of soms meer domein(en) wel onderzoek gevonden, maar zijn de studies - gezien de beperkte bewijskracht van de resultaten - niet meegenomen in de slotconclusies over de bevindingen. Tot slot bleken enkele factoren uit het model niet gevonden in de huidige kennisinventarisatie: veerkracht en zelfredzaamheid (cliëntfactoren), eerdere negatieve werkervaringen en gevoel van zelf-effectiviteit (als hulpverlener) (professionalfactoren), en gedwongen of vrijwillige zorg (alliantiefactoren).

Figuur 8.1 Illustratief IWF-model voor jeugdsector: microniveau



9 Vervolgonderzoek werkzame factoren: advies

Op basis van deze kennisinventarisatie formuleren we een aantal aanbevelingen voor vervolgstappen in het onderzoek naar werkzame factoren binnen het jeugddomein. Van belang hierbij is dat het inventariseren van relevant lopend onderzoek niet mogelijk was in het bestek van de onderhavige verkenning. In bijlage VIII is lopend onderzoek vermeld waarbij de bij deze verkenning betrokken partijen betrokken zijn.

Allereerst kunnen we stellen dat de invloed van cliënt-, professional- en alliantiefactoren op de behandeluitkomsten relevante onderzoeksthema's zijn. De veronderstelde samenhang tussen deze thema's en zorgrendement vinden we bevestigd in de geselecteerde empirische studies die betrekking hebben op het jeugddomein. Deze studies hebben echter niet allemaal resultaten die generaliseerbaar zijn naar de Nederlandse context. Bovendien biedt het huidige empirische materiaal nog weinig concrete aanknopingspunten voor professionals en organisaties in de zorg voor jeugd, terwijl hieraan grote behoefte bestaat. Om te komen tot ontwikkeling van kennis en gereedschap dat betrokkenen helpt om de kwaliteit van zorg aan jeugdigen, ouders en gezinnen te optimaliseren, lijken ons - in overleg met experts en de klankbordgroep - de volgende zaken van belang.

Meer kennis over cliënt-, professional- en alliantiefactoren in samenhang met zorgresultaat
Vanwege het (veronderstelde) belang voor het zorgresultaat is het van belang om meer kennis te vergaren over cliënt-, professional- en alliantiefactoren. Hierbij dient - meer dan tot op heden is gebeurd - zoveel mogelijk de samenhang met zorgresultaat in kaart te worden gebracht.

Als het gaat om de cliënt is het vooral zinvol om cliëntfactoren te onderzoeken in hun relatie tot zorggebruik (of het mijden van zorg) en tot professionalfactoren (welke professionals kunnen met welke cliënten goede resultaten bereiken; welke cliënten kunnen in welke mate profiteren van bepaald hulpaanbod). Ook de relatie tussen cliëntfactoren en rendement vormt een belangrijk onderzoeksthema (wat zijn 'goede resultaten' voor welk type cliënt). Het is duidelijk dat hierbij aandacht voor diversiteit naar onder andere kenmerken als etnische achtergrond en SES geboden is (vgl. Bot, 2013). Kennis over de mate waarin cliëntkenmerken samenhangen met het resultaat van de zorg, versterkt onze mogelijkheden om een realistische inschatting te maken van het te verwachten hulpverleningseffect en te helpen bepalen wat voor een bepaald type cliënt een goed zorgresultaat zou zijn. Bij cliënt moet zowel aan kinderen en jongeren, als aan opvoeders gedacht worden.

Met betrekking tot professionalfactoren is het noodzakelijk om zicht te krijgen op de effectiviteit van professionals. Uit eerdere studies in de volwassen-ggz (besproken in Pijnenburg, 2010) en de eerste resultaten van het jeugdzorgproject 'Samen Sterker' (Nijssen, De Greef, Kallen & Heutink, 2013) weten we dat professionals van elkaar verschillen in hun vermogen tot het realiseren van een goede alliantie met cliënten. Het is zinvol om na te gaan waarin de excellente professionals zich - naast het behalen van betere resultaten - onderscheiden van hun gemiddeld of ondermaats presterende collega's. Daarbij verdient het vermogen tot samenwerking en het gezamenlijk nemen van besluiten met ouders specifieke aandacht. In de richtlijnontwikkeling jeugdzorg (zie www.richtlijnenjeugdzorg.nl) worden daarvoor handvatten gegeven.

Voorts is aandacht gewenst voor (kenmerken-)matching van cliënt en hulpverlener aan de start van hun beoogde samenwerkingstraject, en voor de ontwikkeling van praktische handvatten om die matching vervolgens ook te laten slagen. Dat wil zeggen de vorming van alliantie tussen cliënt en hulpverlener te stimuleren en te peilen, en uit te werken welke rol gerichte feedback hierbij kan spelen. Het is in dit verband interessant te wijzen op psychotherapieonderzoek bij volwassen cliënten. Miller en Hubble (2011) bespreken dit onderzoek, dat laat zien dat excellente professionals zich juist op dit vlak onderscheiden: zij vragen voortdurend input en feedback, zowel van cliënten als van collega's. Zij benutten die om de 'fit' van hun samenwerkingsrelatie en de gekozen aanpak voortdurend te peilen en te leren van de feedback die zij van cliënten en collega's krijgen. Zo optimaliseren ze de retentie (het behouden) van cliënten en de effectiviteit van de geboden hulp. Onderzoek naar de vraag wat professionals in de ogen van cliënten en collega's excellent maakt, gekoppeld aan de vraag hoe zij hun kwaliteiten ontwikkelen en onderhouden, is van groot belang in het kader van initiële en voortgezette opleidingen en permanente educatie van professionals.

Hiernaast is meer aandacht nodig voor manieren om de nu vaak gebrekkige samenwerking tussen professionals te verbeteren (hiervan is een aantal tragische voorbeelden de laatste jaren in het nieuws

gekomen), en voor de invloed hiervan op processen en zorguitkomsten. Ook de ontwikkeling van de functie van generalist in de zorg voor jeugd zou met dergelijk onderzoek gebaat zijn. Het helpt ons om werkzame factoren te identificeren die betrekking hebben op de kenmerken en competenties van professionals. Collega-professionals en professionals in opleiding kunnen hiervan profiteren.

Wat betreft alliantiefactoren bleek - in vergelijking met cliënt- en professionalfactoren - minder empirisch materiaal beschikbaar. Meer onderzoek naar dit thema is dus welkom, zeker gezien het veronderstelde belang van een goede alliantie tussen cliënt en professional voor positief hulpverleningsresultaat. Het is zaak om zicht te krijgen op de ingrediënten van een goede alliantie, de ontwikkeling van alliantie gedurende het hulpverleningstraject (hoe en hoe snel komt een alliantie tot stand), de tekenen van een goede alliantie, de gevolgen van breuken in de alliantie en hoe deze is te herstellen, en (hoe) alliantiekwaliteit samenhangt met zorgresultaat. Hierbij is het zinvol om onderscheid te maken naar allianties in het vrijwillige kader en allianties in het gedwongen kader. In het gedwongen kader moet mogelijk rekening worden gehouden met andere werkzame factoren om tot een positief behandelingsresultaat te komen. Het is belangrijk om hier zicht op te krijgen, omdat de gevolgen van een negatieve behandelingsuitkomst juist in het gedwongen kader verstrekkend kunnen zijn voor de cliënt.

Bij het in kaart brengen van de alliantiekwaliteit tussen cliënten en professionals is het ten eerste zaak om het concept alliantie op een eenduidige manier te definiëren en operationaliseren, en hiervoor deugdelijke en passende meetinstrumenten te ontwikkelen, die bij voorkeur breed inzetbaar zijn in het jeugddomein. Er zijn weliswaar diverse alliantievragenlijsten beschikbaar, maar deze zijn, gegeven hun specifieke focus op de psychotherapeutische praktijk, niet bruikbaar binnen het gehele domein van de zorg voor jeugd. Momenteel zijn er diverse initiatieven binnen het jeugddomein als het gaat om de ontwikkeling van zulke alliantievragenlijsten (Heslinga, pers. comm; Nijssen, De Greef, Kallen, & Heutink, 2013; Strijbosch, Leijten, & Van Hooijdonk, 2013; Van Rijsingen & Pijnenburg, 2012).

Specifiek voor de situaties waarin professionals zorg bieden aan jeugdigen én hun ouders/opvoeders, is het van belang om zicht te krijgen op factoren die bijdragen aan het realiseren van goede 'meervoudige allianties' met en tussen jeugdigen en ouders/opvoeders.

In aanvulling op kennisontwikkeling over de cliënt-, professional- en alliantiefactoren afzonderlijk, lijkt het voorts relevant om zicht te krijgen op de (onderlinge) samenhang tussen deze factoren en hun verband met zorgresultaat. Antwoorden op vragen zoals 'Welke combinatie van cliënt- en professional-kenmerken leidt tot een goede alliantie en zorgresultaten?' en 'Welke professionals zijn in staat om met het grootste deel van de cliënten tot een goede alliantie en zorgresultaten te komen?' geven richting aan de werkzaamheden van organisaties en professionals in de zorg voor jeugd.

Van herkennen van werkzame factoren naar zicht krijgen op werkingsmechanismen

Wanneer we zicht hebben op de werkzame factoren die betrekking hebben op cliënten, professionals en alliantie, is het zaak om vervolgens meer zicht te krijgen op de werkingsmechanismen en de rol van deze factoren. Naast de wetenschap dat een factor belangrijk is voor het hulpverleningsresultaat, is het belangrijk om na te gaan hoe het komt dat deze factor het verloop of het resultaat van de hulpverlening beïnvloedt. Wat maakt bijvoorbeeld dat een goede alliantie fungeert als een sterke moderatorvariabele voor effectiviteit; welke cognitieve en/of sociaal-emotionele processen spelen hier een rol? Zulke informatie geeft professionals en organisaties meer grip op de factoren die er toe doen en biedt hen de gelegenheid tot ingrijpen om het verloop van het hulpverleningsproces te optimaliseren (zie Veerman, Van Yperen & Wilschut, 2013) voor een recente uitwerking van deze uitdaging). Ook de geraadpleegde praktijkexperts benadrukken het belang van meer inzicht in 'hoe het werkt'.

Lerende professionals

Om ervoor te zorgen dat organisaties en professionals (al dan niet in opleiding) de werkzame factoren zoveel mogelijk kunnen benutten in hun werkzaamheden en professionalisering is het belangrijk om te onderzoeken wat zij hierin kunnen leren en hoe ze dat kunnen leren. Relevante vragen in dit kader zijn: 'Wat zijn noodzakelijke competenties?', 'Welke competenties moeten, en kunnen verder ontwikkeld worden?', 'Hoe ontwikkel je deze competenties?' en 'Wat is het effect van competentieontwikkeling en competentieniveau op alliantiekwaliteit en/of hulpverleningsresultaat?'. Het werken aan het alliantievormend vermogen of de effectiviteit van professionals kan bovendien kennis opleveren over (het werken aan) werkzame factoren. Het (aan)leren is dus niet enkel een vervolgstap na kennisontwikkeling, maar is ook een middel ten behoeve van kennisontwikkeling.

Daarbij: de kennis over wat wel en niet werkt en over *evidence based* methodieken vernieuwt zich voortdurend, en maakt ook een structurele inbedding van leren in de werkprocessen van professionals noodzakelijk. Professionals kunnen ook veel van en met elkaar leren. Het is van belang dat meer onderzoek gedaan wordt naar dergelijke processen van permanent leren, naar de ontwikkeling tot reflectieve professional in het veld van zorg voor jeugd, naar de resultaatverhogende invloed van online beschikbare casusgerelateerde feedback en *clinical support tools* voor hulpverleners en cliënten (Boendermaker, 2011; Shimokawa, Lambert & Smart, 2010; Miller & Hubble, 2011) en de voorwaarden die daarvoor vervuld moeten worden. Informatie over de wenselijke en leerbare competenties van professionals is bruikbaar in werving-, selectie- en opleidingsprocessen.

Gebruiken van kennis en expertise in andere sectoren

Op andere terreinen is kennis en expertise aanwezig die bruikbaar kan zijn voor professionals in de zorg voor jeugd. Zo is er relatief veel bekend over de algemeen werkzame factoren in de volwassenenzorg. In de wijkverpleegkunde, huisartsgeneeskunde en sector van de coaching is eveneens relevante kennis aanwezig (Huisartsenopleiding VUmc, 2012; Van der Pol, 2012).

Ook is het de moeite waard om inzichten te benutten uit implementatieonderzoek, dat naar zijn aard werkterreinoverstijgend is (en daarom in deel II van dit rapport niet besproken is). Bijvoorbeeld onderzoek naar professionalfactoren die van invloed zijn op het omarmen van nieuwe inzichten in werkzame factoren, interventies of andere vormen van innovatie. Zulk onderzoek richt zich dus niet op de effectiviteit van specifieke interventies, en evenmin op de samenhang van ‘allegiance’ (het vertrouwen van professionals en/of onderzoekers in een aanpak) met de effectiviteit van zorg. Het gaat immers om interventies die de betrokkenen nog niet kenden. De aandacht is bij dit type onderzoek gericht op algemeen werkzame factoren die de kans beïnvloeden dat professionals zich zo’n innovatieve cliëntbenadering of interventie eigen willen maken, en toepassen. Het door Fleuren, Paulussen, Van Dommelen en Van Buuren (2012) gepresenteerde Meetinstrument voor Determinanten van Innovatie (MIDI) geeft een overzicht van dit type factoren, waaronder: uitkomstverwachting van de professional (een voorlopige vorm van allegiance, zou je kunnen zeggen), verwacht persoonlijk voordeel, professionele taakopvatting, eigen effectiviteitsverwachting en collegiale steun.

Op mesoniveau van het IWF-model zijn dergelijke factoren eveneens zeer relevant. Instellingen kunnen hierop sturen via hun personeels- en deskundigheidsbevorderingsbeleid, eventueel in combinatie met aandacht voor uitvoeringskwaliteit van de benutte interventies. Het zou de moeite waard zijn de winst van een dergelijk instellingsbeleid in te evalueren.

De sector van het jeugdwelzijn kan verder belangrijke inzichten bieden als het gaat om bepaalde aspecten van het functioneren van de generalist, zoals outreachend werken en bereiken van zorgmijddende gezinnen (zie bijvoorbeeld Van Oenen, Metz, Van Hoorik, Bakker & Hilverdink, 2011). Het gaat immers steeds om samenwerking tussen mensen in een steun- of hulpverleningssetting. Ook hier is onderzoek nodig dat elders beschikbare kennis en expertise (en eventueel methoden, instrumenten) toegankelijk maakt voor, en vertaalt naar het jeugddomein.

Type onderzoek

Vanuit de huidige kennisinventarisatie blijkt dat studies tot op heden vooral gebruik maakten van vragenlijsten. Bovendien is de verzamelde informatie doorgaans gebaseerd op één informant en zijn de bevindingen veelal correlatieel van aard. Om te komen tot verdere identificatie van werkzame factoren, de werkingsmechanismen van deze factoren, en manieren waarop (toekomstige) jeugdzorg-professionals deze kennis kunnen benutten in hun werkzaamheden, zijn er diverse typen onderzoek beschikbaar. Hieronder volgen enkele overwegingen en aanbevelingen ten aanzien van onderzoeksmethoden.

Allereerst lijkt het belangrijk om meerdere onderzoeksmethoden te gebruiken om bovengenoemde doelstellingen te bereiken. Zo kan het voor de identificatie van werkzame factoren relevant zijn om te werken met vragenlijsten, interviews en/of focusgroepen met cliënten (ten tijde van de hulpverlening maar zeker ook na afloop ervan) en professionals. Daarnaast lijken directe observaties van de interacties tijdens het hulpverleningsproces onontbeerlijk in het streven om meer zicht te krijgen op de werkingsmechanismen van de geïdentificeerde werkzame factoren. Dit betreft zowel meer ‘globaal’ onderzoek (bijvoorbeeld: welke cliënt-, professional-, of alliantiefactoren zijn zichtbaar in de interactie tussen cliënt en professional) als ‘microscopisch’ onderzoek waarbij bijvoorbeeld de interactie tussen cliënt en professional systematisch wordt gecodeerd op inhoud en aard van de uitgedrukte emoties.

Directe observaties zijn niet alleen relevant als het gaat om het verzamelen van onderzoeksgegevens, maar ook als reflectiemiddel voor professionals. Zij kunnen zelf, met collega's of leidinggevendenden reflecteren op hun eigen vaardigheden en alliantiekwaliteit.

Naast het gebruik van meerdere onderzoeksmethoden is het van belang om meerdere *informanten* te gebruiken bij het verzamelen van onderzoeksgegevens. Informatie vanuit verschillende perspectieven (cliënt, professional, observant, etc.) kan leiden tot een completer overzicht van werkzame factoren, maakt inzichtelijk welke factoren door de verschillende partijen belangrijk worden gevonden en maakt bovendien duidelijk waarin de informanten verschillen. Ook is het relevant om in kaart te brengen welke scores (cliënt, professional of andere informant - bijvoorbeeld met betrekking tot de door hun ervaren alliantiekwaliteit) het hulpverleningsresultaat het beste voorspellen.

Verder is het belangrijk om met verschillende onderzoeksdiseins te werken. Longitudinaal effectonderzoek is nodig - bij voorkeur in combinatie met gegevens uit routinematige proces- en uitkomstmonitoring ([ROM] Veerman et al., 2013) - om op basis van multivariate technieken (naast bijvoorbeeld onderzoek met *propensity scores* en herhaald N=1 onderzoek) te kunnen achterhalen wat voorspellende factoren zijn voor hulpverleningsresultaat en het functioneren van cliënten na afsluiting van de hulpverlening. Bovendien is onderzoek met meerdere metingen belangrijk, bijvoorbeeld om zicht te krijgen op de wisselwerking tussen cliënt-/professionalfactoren en alliantie, op de ontwikkeling van alliantie gedurende een hulpverleningstraject, en op de ontwikkeling van medewerkers gedurende een periode dat zij gericht aan de slag gaan met de gevonden werkzame factoren.

Het is ook wenselijk zulke informatie te combineren met gegevens over contextuele kernmerken (setting, management). Dergelijk onderzoek naar *interacties* tussen persoons-, relationele- en contextuele variabelen is informatiever dan onderzoek naar geïsoleerde algemeen werkzame factoren, al dan niet in relatie tot de effectiviteit van specifieke interventies. Vrijwel verder onderzoek naar non-specifieke factoren moet dus in feite zeer specifiek zijn om - bijvoorbeeld - inzicht te kunnen geven in de samenhang tussen resultaatgegevens, persoonlijkheidskenmerken van een trainer, motivatie van een cliënt en kenmerken van de omgeving waarbinnen een programma wordt uitgevoerd (vgl. Orobio de Castro, 2010). Slagen we daarin, dan kunnen we onderzoek in het klassieke 'wat werkt'- paradigma inruilen voor een genuanceerder, multifactoriële benadering die klinisch bruikbare inzichten oplevert omtrent de vraag: wat werkt in de zorg voor jeugd waarom, voor wie, wanneer, en onder welke condities?

In sommige gevallen kan verkennend retrospectief onderzoek, of prospectief follow-uponderzoek dat gekoppeld is aan ROM-data die verzameld zijn tijdens het hulptraject, relevant zijn om ideeën te ontwikkelen over mogelijke mediators en moderators van effectiviteit (werkzame factoren) die vervolgens in effectonderzoek op hun validiteit kunnen worden getoetst. Tot nu toe wordt hier in de zorg voor jeugd weinig werk van gemaakt, laat staan dat dit gebeurt als geïntegreerd follow-up component van routinematige uitkomstmeting-praktijken binnen hulpverleningsinstellingen. Zulk onderzoek is momenteel echter wel in uitvoering, en zal naar verwachting binnen niet al te lange tijd tot eerste publicaties leiden (Orobio de Castro, pers. comm.).

Ter afsluiting van dit thema geven wij ZonMw en hiermee samenwerkende onderzoekers in overweging om gezamenlijk beleid te ontwikkelen om iets te doen aan het probleem dat vrijwel elk afgerond onderzoek bijdraagt aan de groei van het 'data-kerkhof'. Maatschappelijk beschouwd is het moeilijk te verantwoorden dat met veel moeite verzamelde gegevens na afloop van een project alleen toegankelijk zijn voor de betrokken onderzoekers, of zelfs eenvoudig liggen te verstoffen. Waar mogelijk zouden - in samenwerking met vakkundige statistici - databestanden uit afzonderlijke projecten moeten worden gebundeld om mogelijkheden te scheppen voor meta-analyses. Dat bij deze 'van data-kerkhoven naar data-plaza's'-uitdaging privacy-issues een complicerende factor zijn is evident. Dit mag echter geen reden zijn om deze uitdaging niet aan te gaan.

Veranderingsonderzoek, effectiviteitonderzoek en indicatoren

Om zicht te krijgen op de effectiviteit van zorg zijn de monitoring-initiatieven van professionals-praktijkonderzoekers in een toenemend aantal jeugdzorginstellingen van groot belang (zie: www.sejn.nl voor een overzicht). Middels Routine Care en/of Outcome Monitoring (RCM/ROM) wordt gezocht naar een informatieve, werkbare en verantwoorde manier om hulpverleningsresultaten systematisch in beeld te brengen en te benutten, met name daar waar hulp niet het gewenste resultaat oplevert. ROM-onderzoek is weliswaar geen effectonderzoek maar wel een waardevol middel om meer zicht te krijgen op de resultaten van zorg en zorgvernieuwing (Van Yperen, 2013). Vooral wanneer dit gebeurt

vanuit een oriëntatie op meervoudige benutting van monitoringinformatie: in het primaire proces (als sessiegebonden feedback voor jeugdigen/opvoeders en professionals), bij organisatieontwikkeling (als input voor team- en organisatieleden), en in het kader van (gemeentelijk) jeugdbeleid (als basis voor beleidsevaluatie en -innovatie).

Traditioneel wordt bij monitoringprojecten, net als in effectonderzoek, gebruik gemaakt van uniforme *outcome*-indicatoren als cliënttevredenheid, doelrealisatie en vermindering van problematiek (Veerman & Van Yperen, 2008). Het werken met deze indicatoren (zie www.nji/prestatieindicatoren voor een overzicht) is echter niet onproblematisch. Zo zijn ze niet generiek bruikbaar in het hele, brede domein van de preventieve en curatieve zorg voor jeugd. Nadere studie is nodig om te komen tot een set resultaat-maten die bruikbaar zijn voor de verschillende domeinen en die zowel focust op bekende 'standaardindicatoren' als op 'sociaal rendement' en positieve uitkomstmaten als competentiebeleving.

Vanwege de noodzaak om relaties te leggen tussen werkzame factoren en effectiviteit van handelen, is voor toekomstig werkzame factorenonderzoek een combinatie van generieke en specifieke instrumenten van groot belang (Veerman et al., 2013). In dit kader is ook de discussie van belang over oriëntatie en implementatie van routinematige uitkomstmonitoring, en over de ontwikkeling van *clinical support tools* voor het bijsturen van behandeling, en werkenderwijs leren door feedback en collegiale supervisie (Van Yperen, 2013; Veerman et al., 2013).

Aandacht voor preventie

Er is een sterke negatieve samenhang tussen probleemernst, -zwaarte en -cumulatie en effectiviteit van het zorgaanbod. Dit duidt op het belang van meer preventief werken. Daarbij is een brede aanpak nodig in meerdere opzichten: multisystemisch werken (bijvoorbeeld Hermanns, 2012) en oog hebben voor de 'echte problemen' van cliënten achter de zorgen waarmee ze in eerste instantie binnenkomen (De Winter, 2011). Vroegtijdige probleemherkenning kwam in deze studie naar voren als een probleem in het functioneren van professionals in de zorg voor jeugd. Verder is gebleken dat naar verhouding meer bekend is over gezinnen met specifieke behoeften (bijvoorbeeld kinderen met een handicap of autisme) dan over gezinnen met 'doorsnee' opgroei- en opvoedvragen. Hierin komt in Nederland de laatste jaren wel enige verandering, bijvoorbeeld door het evaluatieonderzoek rond geprotocolleerde intensief ambulante programma's voor opvoedondersteuning zoals Triple P³. We bepleiten dan ook - gezien het belang en de huidige schaarste - onderzoek in het preventieve veld.

Generalist

De nieuwe functie in de zorg voor jeugd die juist ook vanwege de hoge eisen nadere wetenschappelijke onderbouwing behoeft, is die van de generalist. Van deze nieuwe professional worden diverse zorgresultaten verwacht, zoals het versterken van de eigen kracht en netwerken van gezinnen. Zoals ook bijlage VI laat zien, blijven veel vragen tot op heden onbeantwoord: hoe is 'eigen kracht' te conceptualiseren en vervolgens te indiceren? Welke eisen zijn te stellen aan de kwalificaties, werkervaring, persoonlijkheidskenmerken van de generalist? Bij beantwoording van deze vraag dient de reeds beschikbare kennis over algemeen werkzame professional- en alliantiefactoren te worden ingebracht. Aspecten die specifiek aandacht verdienen zijn het betrekken van jeugdigen/gezinnen bij gezamenlijke besluitvorming. Dat geldt ook voor de handelingsvrijheid van de generalist in relatie tot zorguitkomsten. Voorts is het van belang meer te weten over de algemene en specifieke technieken welke onderdeel moeten uitmaken van de 'gereedschapskoffer' van de generalist. Welke effectieve interventies behoren daartoe, en hoe verhoudt het werken daarmee zich tot de flexibiliteit die werken met specifieke subgroepen van cliënten kan vragen? Wat betekent werken in de context van de school, of het aansluiten bij eigen netwerken en zorginitiatieven rondom gezinnen, voor het functioneren van de generalist? En ten slotte: hoe moeten curricula en na- en bijscholing er uitzien, en hoe een systeem van permanent leren en professionele ontwikkeling op de werkvloer?

Wat betreft de functie van de generalist is ten slotte specifiek aandacht nodig voor conceptualisering en monitoring van resultaten van zorg waaraan in het kader van de transitie toenemend belang wordt gehecht, zoals empowerment, versterking van persoonlijke netwerken en toename van zelfregie.

3 Zo voert Hogeschool Inholland i.s.m. Verwey-Jonker Instituut en Trimbos Instituut een effectonderzoek uit naar Triple P Tieners, en doet het Trimbos Instituut onderzoek naar de effecten van de zelfhulpmodule van Triple P (niveau 4).

Specifieke subgroepen

De huidige kennisinventarisatie maakt duidelijk dat bepaalde subgroepen in de zorg voor jeugd specifieke aandacht verdienen. Dit geldt bijvoorbeeld voor migrantengezinnen, gezinnen uit lagere sociaal-economische milieus en vaders. Ook blijkt uit de gevonden literatuur, dat hulp beter aan slaat bij jongere kinderen dan bij oudere jeugd. Gevoegd bij het feit dat, zeker in het preventieve veld, oudere jeugd minder wordt bereikt in het systeem van zorg voor de jeugd, betekent dit dat jongeren specifiek aandacht verdienen. Hetzelfde geldt voor kinderen/jongeren met internaliserende problematiek; bij deze categorie verloopt de probleemherkenning (nog) moeizamer dan bij externaliserende problematiek (Verhulp, Stevens, Van de Schoot & Vollebergh, in press).

De huidige kennisinventarisatie kon onvoldoende aandacht schenken aan de vraag of we bevindingen ten aanzien van werkzame factoren wellicht moeten nuanceren voor specifieke groepen. Bijvoorbeeld vanwege bijzondere cognitieve of culturele kenmerken. Wel is binnen het domein van de geïndiceerde jeugdzorg gezocht naar literatuur met betrekking tot deze vraag (van subgroep met specifiek cognitieve kenmerken), maar deze werd nauwelijks gevonden. Naast jeugd-lvb zijn er uiteraard nog diverse andere groepen die aandacht behoeven. Gedacht kan worden aan kinderen van gescheiden ouders, kinderen met ouders met een psychiatrische stoornis of verslavingsproblemen (KOPP/KVO) en etnische en culturele minderheidsgroepen. Vooralsnog is echter onduidelijk in hoeverre de relatie tussen bepaalde factoren en rendement van zorg voor deze speciale groepen afwijkend is. De grootte van deze groepen (naar schatting maakt bijvoorbeeld 15 procent van de kinderen in Nederland een scheiding mee (Nederlands Jeugdinstituut, 2013)) maakt het extra van belang om de vraag wat voor deze specifieke groepen werkzaam is onder de loep te nemen.

Aandacht voor bereik en retentie

Werkzame factoren doen er voor gezinnen met opvoedproblemen en kinderen met psychische en gedragproblemen natuurlijk pas toe als zij daadwerkelijk hulp geboden krijgen. Hoewel multiprobleemgezinnen in toenemende mate deel uitmaken van de cliëntenpopulatie van instellingen voor geïndiceerde jeugdzorg, vinden met name gezinnen met de grootste en meest complexe kind- en gezinsproblematiek relatief vaak nog niet de weg naar zorg, of beëindigen ze het contact met de hulpverlening voortijdig, stelt een recent SCP-rapport (Bot, 2013; zie Jansen, 2013, voor een kritische reactie). Kenmerken van gezinnen die samenhangen met ernstige problematiek en ondervertegenwoordiging in de jeugdzorg zijn: lichamelijke en psychische problemen ouders, verslavingsproblematiek in gezin, tienermoederschap. Gezinnen met niet-westerse achtergrond en een laag opleidingsniveau van ouders rapporteren relatief weinig problemen. Het is volgens het SCP echter de vraag of dit een reële afspiegeling is van de situatie. Wat kindkenmerken betreft zijn opvallende kenmerken een laag geboortegewicht, verstandelijke beperkingen, volgen van onderwijs op laag niveau, en te maken hebben met langdurige aandoeningen.

Het SCP-rapport doet geen uitspraak over professionalkenmerken die de kans op het ontwikkelen en vasthouden van een vruchtbare werkrelatie beïnvloeden. De veronderstelling ligt echter voor de hand dat die - naast andere factoren als instellingsbeleid - samenhangen met de vaardigheid van professionals om in contact te komen met gezinnen die nu vaak niet worden bereikt, en hen vervolgens 'binnen te halen' én 'binnen te houden' (retentie). Om welke professionalkenmerken het precies gaat, en hoe professionalisering van hulpverleners op dit punt gerealiseerd kan worden, is een belangrijke vraag. Een hiermee samenhangende vraag, volgens Bot, is welke welke professionalkenmerken van belang zijn bij het terugdringen van het aantal gezinnen en jeugdigen met relatief lichte problematiek die nu een verhoudingsgewijs groot beroep lijken te doen op gespecialiseerde zorg voor jeugd.

Er zijn meer werkzame factoren die aandacht verdienen

Onderzoeksprogrammering betekent keuzes maken. Dat geldt ook als het gaat om de vraag welke werkzame factoren de komende jaren onderwerp van onderzoek zouden moeten zijn. In ieder geval bepleiten we een combinatie van interventiestudies en onderzoek naar algemeen werkzame factoren, bij voorkeur in combinatie. Zo slagen we er hopelijk in de onvruchtbare tegenstelling tussen algemeen en specifiek werkzame factoren achter ons te laten. Het is van belang die keuze geïnformeerd en weloverwogen te maken. Hier ligt een belangrijke uitdaging voor ZonMw, in samenspraak met deskundigen uit praktijk en wetenschap. We refereren hier daarom nogmaals aan het in Hoofdstuk 3 geïntroduceerde IWF-model. Dit model illustreert dat er veel meer invloedrijke factoren zijn die in principe aandacht verdienen dan de drie die in de voorliggende literatuurverkenning centraal staan. Een belang-

rijke afweging daarbij is welke factoren naar verwachting al dan niet beïnvloedbaar zijn; onderzoek dient zich op de eerste groep te richten.

Gezien de beïnvloedbaarheid van de verschillende werkzame factoren door professionals en instellingen, en de verwachte winst, bepleiten we aandacht voor kenmerken van effectieve instellingen en instellingsmanagement, en factoren die bijdragen aan effectieve samenwerking tussen professionals binnen en tussen organisaties - zowel op buurtniveau als in de samenwerking tussen buurt en gespecialiseerde voorzieningen. In samenhang met effectieve professionalfactoren en interventies zijn zij van vitaal belang voor het welslagen van de transformatie van de zorg voor jeugd. In dit verband is ook opmerkenswaard dat maar voor weinig interventies, basismethodieken en methoden (als motiverende gespreksvoering, oplossingsgericht werken, bij goede toepassing van grote invloed op de alliantie) duidelijk is geformuleerd welke kennis en vaardigheden professionals nodig hebben bij een effectieve uitvoering ervan. Ook dit is een belangrijke kennislacune.

Quick wins

Ten slotte bepleiten wij dat ieder door ZonMw te financieren onderzoek zowel onderzoeksgegevens en kennis oplevert als praktische handvatten (bijv. checklists, instrumenten, trainingsmaterialen). Daarmee kunnen professionals en instellingen - en daarmee cliënten - direct hun voordeel doen. Zulke handreikingen en andere *support tools* (Van Yperen, 2013) dragen bij aan succeservaringen op korte termijn. Die zijn onmisbaar als we professionals en organisaties willen motiveren gericht te blijven op de winst van een voortdurende focus op werkzame factoren.

Referenties

- Al, C.M.W., Stams, G.J.J.M., Bek, M.S., Damen, E.M., Asscher, J.J., & Van der Laan, P.H. (2012). A meta-analysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning. *Children and Youth Services Review*, 34(8), 1472-1479.
- Alpert, L.T. (2005). Research review: Parents' service experience - A missing element in research on foster care case outcomes. *Child & Family Social Work*, 10(4), 361-366.
- Assemany, A.E., & McIntosh, D.E. (2002). Negative treatment outcomes of behavioral parent training programs. *Psychology in the school*, 39(2), 209-219.
- Bevaart, F., Mieloo, C.L., Jansen, W., Raat, H., Donker, M.C., & Verhulst, F.C. (2012). Ethnic differences in problem perception and perceived need for care for young children with problem behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(10), 1063-1071.
- Bickman, L., de Andrade, Ana Regina Vides, Lambert, E. W., Doucette, A., Sapyta, J., Boyd, A.S., Rauktis, M.B. (2004). Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(2), 134-148.
- Boendermaker, L. (2011). Implementeren is reflecteren. Evidence based werken en de implementatie van interventies in de jeugdzorg. Amsterdam HVA publicaties (openbare les). <http://www.hva.nl/kenniscentrum-dmr/wp-content/uploads/2011/05/ol32-110518-boendermaker.pdf>
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 16, 252-260.
- Bot, S. (red.) (2013, februari). *Terecht in de jeugdzorg: Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Geraadpleegd 21-05-2013 op [http://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2013/Terecht_in_de_jeugdzorg]
- Brady, K.L., & Caraway, S.J. (2002). Home away from home: Factors associated with current functioning in children living in a residential treatment setting. *Child Abuse & Neglect*, 26(11), 1149-1163.
- Brown, S. A. (2004). Measuring youth outcomes from alcohol and drug treatment. *Addiction*, 99 Supplement 2, 38-46.
- Brugman, E., Reijneveld, S.A., Verhulst, F.C., & Verloove-Vanhorick, S.P. (2001). Identification and management of psychosocial problems by preventive child health care. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 155(4), 462-469.
- Buston, K., Parkes, A., Thomson, H., Wight, D., & Fenton, C. (2012). Parenting interventions for male young offenders: A review of the evidence on what works. *Journal of Adolescence*, 35, 731-742.
- Cauce, A.M., Domenech-Rodriguez, M., Paradise, M., Cochran, B.N., Shea, J.M., Srebnik, D., & Baydar, N. (2002). Cultural and contextual influences in mental health help seeking: a focus on ethnic minority youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 44-55.
- Clarke, K., & Churchill, H. (2012). "A Chance to Stand Back": Parenting Programmes for Parents of Adolescents. *Children & Society*, 26, 316-327.
- Coyne, I. (2008). Children's participation in consultations and decision-making at health service level: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 45(11), 1682-1689.
- Cunningham, M., & Zayas, L.H. (2002). Reducing Depression in Pregnancy: Designing Multimodel Interventions. *Social work*, 47 (2), 114-123.
- Davis, H. & Meltzer, L. (2007). *Working with parents in partnership. Early Support Distance Learning Text*. Geraadpleegd 27-05-2013 op [http://dera.ioe.ac.uk/15598/1/working_with_parents_in_partnership.pdf]
- De Greef, M., & Pijnenburg H.M. (2012). *Samen Sterker. Onderzoeksrapport*. Geraadpleegd 21-05-2013 op [<http://www.han.nl/onderzoek/werkveld/projecten/samen-sterker/>]
- De Greef, M., & Pijnenburg, H.M. (2013). *Samen Sterker: gezamenlijk alliantieonderzoek binnen de Brabantse jeugdzorg*. Posterpresentatie tijdens Jeugd in Onderzoek (11 maart 2013). Nieuwegein: Het NBC.
- De Swart, J.J.W. (2011a). Een literatuuronderzoek naar wenselijke kenmerken van jeugdzorgwerkers in de residentiële jeugdzorg. In: *De professionele jeugdzorgwerker: Kenmerken van jeugdzorgwerkers in relatie tot kwaliteit van de jeugdzorg* (Dissertatie). Nederland: Saxion University of Applied Science.
- De Swart, J.J.W. (2011b). De relatie tussen residentiële jeugdzorgwerker en jeugdige In: *De professionele jeugdzorgwerker: Kenmerken van jeugdzorgwerkers in relatie tot kwaliteit van de jeugdzorg* (Dissertatie). Nederland: Saxion University of Applied Science.
- De Winter, M. (2011). *Verbeter de wereld, begin bij de opvoeding*. Amsterdam: SWP.

- Den Dunnen, W., St. Pierre, J., Stewart, S., Johnson, A., Cook, S., & Leschied, A. W. (2012). Predicting residential treatment outcomes for emotionally and behaviorally disordered youth: The role of pretreatment factors. *Residential Treatment for Children & Youth*, 29(1), 13-31.
- DePanfilis, D., & Zlotnik, J.L. (2008). Retention of front-line staff in child welfare: A systematic review of research. *Children and Youth Services Review*, 30(9), 995-1008.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., & Hubble, M.A. (2010). Clients: the neglected common factor in psychotherapy. In: *The Heart and Soul of Change Second Edition: Delivering What Works in Therapy* (pp. 83-111). Washington, DC: American Psychological Association.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., & Hubble, M.A. (Eds.) (2010). *The heart and soul of change, second edition: Delivering what works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Dunst, C., Trivette, C., & Deal, A. (1994) *Supporting and Strengthening Families, Vol 1: methods, strategies and practice*. Cambridge MA: Brookline Books.
- Edwards, M., Davies, M., & Edwards, A. (2009). What are the external influences on information exchange and shared decision-making in healthcare consultations: A meta-synthesis of the literature. *Patient Education and Counseling*, 75(1), 37-52.
- Ellingson, K.D., Briggs-Gowan, M.J., Carter, A.S., & Horwitz, S.M. (2004). Parent identification of early emerging child behavior problems: predictors of sharing parental concern with health providers. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(8), 766-772.
- Fabiano, G.A. (2007). Father participation in Behavioral Parent Training for ADHD: Review and recommendations for increasing inclusion and engagement. *Journal of Family Psychology* (21) p.683-693.
- Farahmand, F.K., Duffy, S.N., Taylor, M.A., DuBois, D.L., Lyon, A.L., Grant, K.E., ... Nathanson, A.M. (2012). Community-based mental health and behavioral programs for low-income urban youth: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(2), 195-215.
- Feinstein, N.R., Fielding, K., Udvari-Solner, A., & Joshi, S.V. (2009). The supporting alliance in child and adolescent treatment: enhancing collaboration among therapists, parents, and teachers. *American Journal of Psychotherapy*, 63(4), 319-344.
- Fleuren, M., Paulussen, T.G.W.M., Van Dommelen, P., & Van Buuren, S. (2012). *Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI)*. Den Haag: TNO. Geraadpleegd 4-6-2013 op <http://www.tno.nl/downloads/MIDIvragenlijst.pdf>
- Flippin, M., & Crais, E.R. (2011). The Need for More Effective Father Involvement in Early Autism Intervention: A Systematic Review and Recommendations. *Journal of Early Intervention*, 33 (1), 24-50.
- Fordham, L., Gibson, F., & Bowes, J. (2011). Information and professional support: key factors in the provision of family-centred early childhood intervention services. *Child: care, health and development*, 38(5), 647-653.
- Franklin, C., & Hopson, L.M. (2007). Facilitating the Use of Evidence-Based Practice in Community Organizations. *Journal of Social Work Education*, 43(3), 377-404.
- Frensch, K.M., & Cameron, G. (2002). Treatment of choice or a last resort? A review of residential mental health placements for children and youth. *Child & Youth Care Forum*, 31(5), 307-339.
- Friend, A.C., Summers, J.A., Turnbull, A.P. (2009). Impacts of Family Support in Early Childhood Intervention *Education and Training in Developmental Disabilities*, 44(4), 453-470.
- Fukkink, R.G. (2008). Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clinical Psychology Review*, 28, 904-916.
- Gallagher, M., Smith, M., Hardy, M., & Wilkinson, H. (2012). Children and families' involvement in social work decision making. *Children and Society*, 26(1), 74-85.
- Garrison, D., & Daigler, G.E. (2006). Treatment settings for adolescent psychiatric conditions. *Adolescent Medical Clinics*, 17(1), 233-250.
- Glisson, C. (2002). The organizational context of children's mental health services. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5(4), 233-253.
- Glisson, C., & Green, P. (2011). Organizational climate, services, and outcomes in child welfare systems. *Child Abuse & Neglect*, 35(8), 582-591.
- Goodman, D., & Happell, B. (2006). The efficacy of family intervention in adolescent mental health. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 12(1), 1364-1377.
- Green, J. (2006). Annotation: the therapeutic alliance--a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 425-435.

- Grooters, G., De Swart, J., Lohuis-Heesink, R., & Moonen, X. (2013). Eind goed, al goed? Voortijdige beëindiging van residentiële hulpverlening aan jeugdigen met licht verstandelijke beperking: omvang en samenhangende factoren. *Onderzoek & Praktijk*, 11, 6-16.
- Hair, H.J. (2005). Outcomes for children and adolescents after residential treatment: A review of research from 1993 to 2003. *Journal of Child and Family Studies*, 14(4), 551-575.
- Harder, A.T. (2011). Interaction within the black box: a review of relationships between cliënts and staff in residential youth care. In: *The downside up? A study of factors associated with a successful course of treatment for adolescents in secure residential care* (Dissertatie). Geraadpleegd op [http://dissertations.ub.rug.nl/faculties/gmw/2011/a.t.harder/]
- Hermanns, J., Klap, A., Smit, K., & Zwart, A. (2012). *Wraparound care in de jeugdzorg: Implementatie van Intensieve Pedagogische Thuishulp*. Amsterdam: SWP.
- Heslinga, M. (2013). Persoonlijke communicatie.
- Hoagwood, K. (2005) Family-based services in children's mental health: a research review and synthesis, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 690-713.
- Holmes, E.K., Galovan, A.M., Yoshida, K., & Hawkins, A.J. (2010) Meta-analysis of the effectiveness of resident-fathering programs: Are family life educators interested in fathers. *Family Relations*, 59, p.240-252.
- Horvarth, A., & Symonds, B. (1991) Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis, *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Jackson, K. F, & Hodge, D. R. (2010). Native American Youth and Culturally Sensitive Interventions: A Systematic Review. *Research on Social Work Practice*, 20, 260-270.
- Jansen, W. (2013). *Hoe terecht is het SCP*. Geplaatst 23-4-2013 op Sociale vraagstukken.nl. Geraadpleegd 28-5-2013 op [http://www.sociale-vraagstukken.nl/site/2013/04/04/jeugdzorg-niet-altijd-voor-de-gezinnen-met-de-meeste-problemen/]
- Jansen, M., Van Doorn, M. M. E. M., Lichtwarck-Aschoff, A., Kuijpers, R. C. W. M., Theunissen, H., Korte, H., Granic, I. (2012). Effectiveness of a cognitive-behavioral therapy (CBT) manualized program for clinically anxious children: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 12, artikel 16.
- Jones, R., EversonHock, E. S., Papaioannou, D., Guillaume, L., Goyder, E., Chilcott, J., Swann, C. (2011). Factors associated with outcomes for looked-after children and young people: A correlates review of the literature. *Child: Care, Health and Development*, 37(5), 613-622.
- Joosten, E.A.G., DeFuentesMerillas, L., Weert, G.H. de, Sensky, T., Staak, C.P.F. van der, & Jong, C.A.J. de (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4), 219-226.
- Kane, G.A., Wood, V.A., & Barlow, J. (2007). *Parenting programmes: a systematic review and synthesis of qualitative research*. *Child Care, Health and Development*, 33(6):784-93.
- Karver, M.S., Handelsman, J.B., Fields, S., & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 50-65.
- Kemp, S.P., Marcenko, M.O., Hoagwood, K., & Vesneski, W. (2009). Engaging parents in child welfare services: bridging family needs and child welfare mandates. *Child Welfare*, 88(1), 101-126.
- Kim, H., Munson, M.R., & McKay, M.M. (2012). Engagement in mental health treatment among adolescents and young adults: A systematic review. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 29(3), 241-266.
- King, G., Currie, M., & Petersen, P. (2012). Review: Child and parent engagement in the mental health intervention process: a motivational framework. *Child and Adolescent Mental Health*, n/a-n/a.
- Lambert, M.J. (2010). "Yes it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome." In: B.L. Duncan, S.D. Miller, B.E. Wampold, & M.A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change, second edition: Delivering what works in therapy* (pp. 239-266). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lundahl, B., Risser, H.J., & Lovejoy, M.C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86- 104.
- Mah, J.W.T. & Johnston, C. (2008). Parental social conditions: Considerations in the Acceptability of and Engagement in Behavioral Parenting Training. *Clinical Child Family Psychology Review*, 11, p. 218-236.
- Matthews, J., Cameron, E., Fox, S., Hackworth, N., Kitanovski, M., Vista, A. (2011). *Parental engagement - A review of the literature*. Melbourne: Partnerships division Department of education and early childhood development.

- McKay, M.M., & Bannon, W.M., Jr. (2004). Engaging families in child mental health services. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 13(4), 905-921, vii.
- McLeod, B.D. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(4), 603-616.
- Mendes, P., Johnson, G., & Moslehuddin, B. (2012). Young people transitioning from out-of-home care and relationships with family of origin: An examination of three recent Australian studies. *Child Care in Practice*, 18(4), 357-370.
- Miller, S., & Sambell, K. (2003) What do Parents feel they Need? Implication of Parents' Perspectives for the Facilitation of Parenting Programmes. *Children & Society*, 17(1), 32-44.
- Murphy, S.M., Zweifach, J., & Hoffman, L. (2012): The everyday concerns of mothers of young children and the motivation to seek ongoing parenting support from experts, *Early Child Development and Care*, 182(9), 1125-1137.
- Nederlands Jeugdinstituut (2013). Dossier Scheiding. Geraadpleegd 29-05-2013 op: [<http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/13/689.html>]
- Nijssen, M., De Greef, M., Kallen, D., & Heutink, L. (2013). *Even afstemmen, wat kan beter? Tussenrapportage 2012*. Reek: Stichting Maashorst
- Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P-positive parenting program using hierarchical linear modeling: Effectiveness and moderating variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(3), 114-144.
- Oosterman, M., Schuengel, C., Slot, N. W., Bullens, R. A.R., & Doreleijers, T.A.H. (2006). Disruptions in foster care: a review and meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 29, 53-76.
- Orobio de Castro, B. (2010). *What Works, When, for Whom, and Why? A Search for Effective Ingredients*. Keynote lezing 2010 EUSARF conference. Groningen: The Netherlands.
- Patterson, C. (1984). Empathy, warmth and genuineness in psychotherapy: a review of reviews, *Psychotherapy*, 21, 431-438.
- Pauwels, J., Donker, M.C.H.M., Raat, H. (2011). Verwachtingen van professionals van het Centrum voor Jeugd en Gezin in Rotterdam. *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*, 43(5), 100-104.
- Peralta, F., & Arellano, A. (2010). Family and disability: A theoretical perspective on the family-centered approach for promoting self-determination. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3), 1339-1362.
- Phares, V., & Lum, J.J. (1996). Family demographics of clinically referred children: What we know and what we need to know. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(6), 787-801.
- Pijnenburg, H.M. (2010). Zorgen dat het werkt. In: H.M. Pijnenburg (red.), *Zorgen dat het werkt: Werkzame factoren in de zorg voor jeugd* (pp. 11-59). Amsterdam: SWP. Geraadpleegd op 15-5-2013 [http://www.han.nl/onderzoek/nieuws/zorgen-dat-jeugdzorg-werk/_attachments/intreerede_huub_pijnenbrug_han_25_maart_2010.pdf]
- Pijnenburg, H.M. (2010). Zorgen dat het werkt. In: H.M. Pijnenburg (red.), *Zorgen dat het werkt: Werkzame factoren in de zorg voor jeugd* (pp. 11-59). Amsterdam: SWP.
- Pijnenburg, H.M., & Van Hattum, M. (2012). Werkzame factoren doen het samen: Een integratief werkzame factorenmodel voor jeugdzorg. In M. Berk, A. Hoogenboom, M. de Kleermaeker, & K. Verhaar (reds.), *De Jeugdprofessional in ontwikkeling: Handboek voor professionals in het jeugddomein* (pp. 237-260). Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Pijnenburg, H.M., & Van Hattum, M. (2013). *Integratief werkzame factorenmodel voor de jeugdsector*. Intern rapport. Nijmegen: HAN/Lectoraat Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd.
- Pijnenburg, H.M., Mandersloot, T., & Van Brandenburg, M. (2011, 19 maart). *Van achterklap naar alliantie tussen praktijk, onderzoek en beleid*. Paper en workshop gepresenteerd tijdens het 8^e Congres Jeugd in Onderzoek. Nieuwegein: Congrescentrum.
- Reyno, S.M., & McGrath, P. (2006). Predictors of Parent Training Efficacy for Child Externalizing Behavior Problems--A Meta-Analytic Review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 99-111.
- Roeden, J.M., Maaskant, M.A., & Curfs, L.M.G. (2010). The views of clients with mild intellectual disabilities regarding their working relationship with caregivers. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24, 398-406.
- Ross, E.C., Devon, L.L., Polaschek, D.L.L., & Ward, T. (2007). The therapeutic alliance : A theoretical revision for offender rehabilitation. *Agression and Violent Behaviour*, 13, 462-480.

- Ryan, J.P., Garnier, P., Zyphur, M., Zhai, F. (2006). Investigating the effects of caseworker characteristics in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 28(9), 993-1006.
- Sanders, M.R. & Mazzuchelli, T.G. (2013). The Promotion of Self-Regulation Through Parenting Interventions. *Clinical Child and Family Psychology*, 16, p. 1-17.
- Sanders, M.R. & Turner, K.M.T. (2005). Reflections on the Challenges of Effective Dissemination of Behavioural Family Intervention: Our Experience with the Triple P-Positive Parenting Program. *Child and Adolescent Mental Health*, 10, (4), pp. 158-169.
- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C., & Deering, D. (2009). Youth retention: Factors associated with treatment drop-out from youth alcohol and other drug treatment. *Drug and Alcohol Review*, 28(6), 663-668.
- Schuengel, C., & Van IJzendoorn, M.H. (2001). Attachment in mental health institutions: A critical review of assumptions, clinical implications, and research strategies. *Attachment and Human Development*, 3(3), 304-323.
- Shimokawa, K., Lambert, M.J., & Smart, D.W. (2010). Enhancing treatment outcome of parents at risk of treatment failure: Meta-analytic and mega-Analytic Review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 298-311.
- Shirk, S.R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 452-464.
- Singer, G. H. S., Ethridge, B. L., & Aldana, S. I. (2007). Primary and secondary effects of parenting and stress management interventions for parents of children with developmental disabilities: A meta-analysis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 13(4), 357-369.
- Statham, J. (2000). Outcomes and effectiveness of family support services: A research review. In: *Practice Issues*. London University (England): Institute of Education.
- Strauss, K., Vicari, S., Valeri, G., D'Elia, L., Arima, S., & Fava, L. (2012). Parent inclusion in early intensive behavioral intervention: The influence of parental stress, parent treatment fidelity and parent-mediated generalization of behavior targets on child outcomes. *Research in Developmental Disabilities*, 33(2), 688-703.
- Strijbosch, E., Leijten, M., & Van Hooijdonk, J. (2013). *Jij mag er zijn! Tussenrapportage 2012*. Breda: Just.
- Swift, J.K., & Callahan, J.L. (2009). The impact of cliënt treatment preferences on outcome: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(4), 368-381.
- Theunissen, M.H.C., Vogels, A.G.C., de Wolff, M.S., & Reijneveld, S.A. (2013). The Strengths and Difficulties Questionnaire in pre-school children: reliable, valid and adding to clinical judgment. *Pediatrics*, 131(2), 1-9.
- Trivette, C.M., Dunst, C.J., & Hamby, D.W. (2010). Influences of Family-Systems Intervention Practices on Parent-Child Interactions and Child Development. In: *Topics in Early Childhood Special Education*, 30(1), 3-19.
- Turney, D. (2012) A relationship-based approach to engaging involuntary clients: the contribution of recognition theory. *Child and Family Social Work*, 17, 149-159.
- Van Dam, C., Nijhof, K.S., Veerman, J.W., Engels, R.C.M.E., Scholte, R.H.J. & Delsing, M.J.M.H. (2011). Group Care Worker Behavior and Adolescents' Internalizing and Externalizing Problems in Compulsory Residential Care. *Residential Treatment for Children and Youth*, 28(3), 232-250.
- Van Herk, R., Van den Heuvel, E., Moerenhout, E., Postma, S., Ruis, G., & Vogels, M. (2012). *Kwaliteit voor jeugd. Rapport*. Den Haag: Ministeries van VWS en VenJ. Geraadpleegd op [<http://www.jeugdzorginlimburg.nl/tips/publicatie-kwaliteit-voor-jeugd>]
- Van Oenen, S., Metz, J., Van Hoorik, I., Bakker, P, & Hilverdink, P. (2011). De waarde van jeugdwelzijnswerk. Een werkveldbeschrijving van het kinder-, tiener- en jongerenwerk. Utrecht: NJi.
- Van Rijn, M.J., & Teeven, F. (2013, 13 mei). *Kamerbrief Transitieplan Jeugd*. Den Haag: Ministeries van VWS en Veiligheid en Justitie. Geraadpleegd 15-5-2013 op [<http://www.rijksoverheid.nl/ministeries/venj/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2013/05/13/kamerbrief-over-transitieplan-jeugd.html>]
- Van Rijsingen, R., & Pijnenburg, H.M. (2012) De Jeugdhulp Alliantie Schaal (JAS). In: *HAN SOCIAAL Kennisproducten Praktische hulpmiddelen voormaatschappelijke dienstverlening (2013)*. Geraadpleegd 21-05-2013 op [http://www.han.nl/onderzoek/nieuws/kennisdag-han-sociaal-2011/_attachments/boekje_hs_web.pdf]

- Van Yperen, T. (2013). *Met kennis oogsten: Monitoring en doorontwikkeling van een integrale zorg voor jeugd*. Oratie Rijksuniversiteit Groningen (4-6-2013). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Van Yperen, T., Van der Steege, M., Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg: Stand van de discussie*. Utrecht: Nederland Jeugdinstituut.
- Veerman, J.W. (1992). De verdere ontwikkeling van klinisch behandelde kinderen. Een overzicht van prognostische factoren. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 34(10), 709-722.
- Veerman, J.W., Van Yperen, T.A., & Wilschut, M. (2013). *Uitkomstenmonitoring in de jeugdzorg: Meer dan alleen maar weten* [Brochure]. Geraadpleegd op 21-05-2013 [http://www.praktikon.nl/media/20553/sejn_brochure.pdf]
- Veldhuijzen van Zanten-Hyllner, M.L.L.E. (2012, 2 april) *Kamerbrief Kwaliteitsbeleid voor de brede zorg voor de jeugd*. Den Haag: Ministerie van VWS. Geraadpleegd 15-5-2013 op [<http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2012/04/02/kamerbrief-over-kwaliteitsbeleid-voor-de-brede-zorg-voor-jeugd.html>]
- Verhulp, E.E., Stevens, G.W.J.M, Van de Schoot, R., & Vollebergh, W.A.M. (in press). Understanding ethnic differences in mental health service use for adolescents' internalizing problems: The role of emotional problem identification. *European Child and Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-013-0380-3.
- Virgo, S. (2009). *Parenting services: filling in the gaps. Delivering Parenting support services*. London: Family and parenting institute.
- Vogels, A.G., Crone, M.R., Hoekstra, F., & Reijneveld, S.A. (2009). Comparing three short questionnaires to detect psychosocial dysfunction among primary school children: A randomized method. *BMC Public Health*, 9(1), 489.
- Whittaker, K.A., & Cowley, S. (2012). A survey of parental self-efficacy experiences: maximising potential through health visiting and universal parenting support. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3276-3286.
- Zack, S.E., Castonguay, L.G., & Boswell, J.F. (2007). Youth working alliance: a core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry*, 15(6), 278-288.
- Zirkelback, E.A., & Reese, R.J. (2010). A Review of Psychotherapy Outcome Research: Considerations for School-Based Mental Health Providers. *Psychology in the Schools*, 47(10), 1084-1100.
- ZonMw (2012). *Effectief werken in de jeugdsector: ZonMw-programma (2012-2019)*. Geraadpleegd 14-11-2012 op [http://www.zonmw.nl/fileadmin/documenten/Jeugd/Programma_effectief_werken_in_de_jeugdsector_Goedgekeurd.pdf]

Bijlage I Geraadpleegde deskundigen

Leden van de klankbordgroep

Marianne Berger, Nederlands Jeugdinstituut Utrecht
Germie van den Berg, Netwerk Effectieve jeugdzorg Amsterdam en Altra
Geraldien Blokland, zelfstandig adviseur opvoedondersteuning
Leonieke Boendermaker, Hogeschool van Amsterdam
Athanasios Maras, Yulius Academie
Paula Speetjens, Trimbos Instituut
Jack de Swart, Hogeschool Windesheim

Per mail geraadpleegde deskundigen

Marieke Fokkink, Pluryn
Angela Habets, Ouder- en Kindcentrum Amsterdam
Shakuur Halane en Abdellah Mehraz, Trias Pedagogica
Victor Kouratovsky, Riagg Rijnmond, afdeling Jeugd
Margot Kobussen, Margot Kobussen Health Care
Stephanie Kwakman, TriviumLindenhof
Juanita Linnemann, Ouder- en Kindcentrum Amsterdam
Mark Nijssen, Lindenhout
Frans Pijpers, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
Rinie van Rijsingen, Lindenhout
Linda Rothman, JP van den Bent Stichting & HAN
Esma Salama, SIPI
Henk van Stel, UMC Utrecht
Nouchka Tick, Yulius Academie
Najat Toub-Arssi, Centrum Jeugd en Gezin Eindhoven
Fop Verheij, Erasmus MC Rotterdam
Marjolein van Vessem, Combiwel
Cecile Winkelman, Stichting Swazoom

Bijlage II Zoektermen

Per domein is een systematische search uitgevoerd in internationale databases naar reviews en meta-studies die informatie konden opleveren over cliënt-, professional- of alliantiefactoren. De resultaten zijn aangevuld door experts, zoals in de lopende tekst van hoofdstuk 2 beschreven. Hier gaan we in op de gebruikte zoektermen in de systematische searches.

Preventieve veld

Binnen de verschillende internationale databases is gezocht naar combinaties van termen die betrekking hadden op a) het type studie (reviews, meta-analyses), b) de professional, de ouder of het gezin, c) het domein (opvoedondersteuning), d) elementen in de relatie tussen professional en ouder (termen aansluitend bij het IWF-model) en e) uitkomstvariabelen, inclusief termen die verwijzen naar 'good practice'. Er is gezocht in de periode 1988-2013. De zoektermen zijn afgestemd met die in de andere domeinen. Hieronder het voorbeeld van de zoekstrategie in ERIC.

Type studie:

DE "Literature Reviews" OR DE "Meta Analysis" OR DE "State of the Art Reviews" OR TI review OR AB review OR TI overview OR AB overview AND

Professional-ouder

TI professional* OR AB professional* OR SU professional* OR TI worker* OR AB worker* OR SU worker* OR TI parent* OR AB parent* OR SU parent* OR TI mother* OR AB mother* OR DE mother* OR TI father* OR AB father* OR DE father* OR TI family OR AB family OR DE family OR DE "Professional Personnel" AND

Domein

TI "parent* program*" OR AB "parent* program*" OR DE "parent* program*" OR TI "parent* program*" OR AB "parent* program*" OR DE "parent* program*" OR TI "parent* training*" OR AB "parent* training*" OR DE "parent* training*" OR TI "parent* intervention*" OR AB "parent* intervention*" OR DE "parent* intervention*" OR TI "parent* support*" OR AB "parent* support*" OR TI "social work" OR AB "social work" OR DE "social work" OR DE "Parent Education" OR (DE "Parents" AND DE "Intervention") AND

Elementen professional of ouder of interactie tussen beide

DE "Parent Caregiver Relationship" OR DE "Counselor Client Relationship" OR TI "common factor*" OR AB "common factor*" OR TI "non-specific factor*" OR AB "non-specific factor*" OR TI variable* OR AB variable* OR DE variable* OR TI quality OR AB quality OR DE quality OR TI elements OR AB elements OR DE elements OR TI characteristic* OR AB characteristic* OR DE characteristic* OR TI implementation OR AB implementation OR DE implementation OR TI process OR AB process OR DE process OR TI interaction* OR AB interaction* OR DE interaction* OR TI alliance OR AB alliance OR DE alliance OR DE "Interaction" OR DE "Relationship" OR TI approach OR AB approach OR DE approach OR TI motivation OR AB motivation OR DE motivation OR TI expertise OR AB expertise OR DE expertise OR TI experience OR AB experience OR DE experience OR TI expectation* OR AB expectation* OR DE expectation* OR TI competence OR AB competence OR DE competence OR TI feedback OR AB feedback OR DE feedback OR TI reflection OR AB reflection OR DE reflection OR TI evaluation OR AB evaluation OR DE evaluation OR TI "goal consensus" OR AB "goal consensus" OR DE "goal consensus" OR TI collaboration OR AB collaboration OR DE collaboration AND

Uitkomstvariabelen

TI "good practice*" OR AB "good practice*" OR DE "good practice*" OR TI "best practice*" OR AB "best practice*" OR DE "best practice*" OR TI "what works" OR AB "what works" OR TI dropout OR AB dropout OR DE dropout OR TI drop-out OR AB drop-out OR TI effect* OR AB effect* OR DE effect* OR TI efficacy OR AB efficacy OR DE efficacy OR TI outcome OR AB outcome OR DE outcome OR TI "family functioning" OR AB "family functioning" OR DE "family functioning" OR TI empower* OR AB empower* OR DE empower* OR DE "Development" OR TI network* OR AB network* OR DE network* OR TI retention OR AB retention OR DE retention OR TI adherence OR AB adherence OR DE adherence OR TI compliance OR AB compliance OR DE compliance

Naar Nederlandstalige literatuur is gezocht in Picarta. Deze search is niet beperkt tot reviews.

Gezocht is o.a. naar (combinaties van) de volgende termen:

Kind*, kindontwikkeling, eigen kracht, ouderschap, (de uitkomstvariabelen) opvoedgedrag, probleemgedrag, opvoedbeleving, (hulpsoort) opvoedondersteuning, (type professional) gezinsbegeleider, gezinscoach, maatschappelijk werker, wijkcoach, hulpverlener, opvoedadviseur, wijkwerker, sociale huisarts, professional, beroepskracht, generalist.

Er is ook gezocht naar meta-analyses, overzichtsstudies of literatuurstudies/reviews en originele onderzoeken over motivatie, sensitiviteit, zelfreflectie, 'best practices', verwachtingen competenties, matching, werkzame factoren, interactie, werkwijze, afstemming en alliantie in het veld van opvoedondersteuning. Gezocht is vanaf 1988, naar boeken, online bronnen en artikelen.

Jeugd-ggz en Jeugdgezondheidszorg

Internationale literatuur (reviews)

Basis zoekstrategie PubMed (indien nodig aangepast naar andere databases)

(Review OR Overview OR Meta-analysis OR meta analysis) AND ((Professional OR therapist OR worker OR (Patient OR cliënt) AND (child OR adolescent OR youth) OR professional patient relation AND (Implementation OR (characteristic OR warmth OR trust OR empathy OR openness OR willingness OR competence OR clarity OR reliability OR emotional stability OR feedback OR resilience OR motivation OR enterprise OR initiative OR attachment OR strategy OR techniques OR approach) OR Process OR (Expertise OR experience OR education) OR expectation OR variables OR factors OR (Drop-out OR adherence OR compliance) OR Evaluation) OR (goal consensus OR collaboration) OR (professional variables OR cliënt variables OR alliance variables) OR (professional factors OR cliënt factors OR alliance factors) AND ((YHC OR youth health care OR well-child clinic OR child health care OR well-baby clinic OR youth care OR family care OR welfare OR social work OR handicapped OR challenged OR impaired) OR mental health care OR psychiatry) AND (Problem OR self-reliant OR relapse OR reach OR referral OR detect OR retention OR (Effect OR effectiveness OR efficacy OR therapeutic change) OR outcome OR reflection OR interaction) OR (alliance OR therapeutic relationship) OR self-disclosure OR treatment involvement OR engagement)

Nederlandse literatuur (reviews)

Basis zoekstrategie - PICARTA (gelimiteerd tot NL-stukken):

(Review OF Overzicht OF Meta-analyse) EN (Professional OF therapeut OF werker) OF (patiënt OF cliënt) EN (Kind OF adolescent OF jeugdige) EN Professional-patiënt relatie EN (implementatie OF (kenmerken OF warmte OF vertrouwen OF medeleven OF open OF behulpzaam OF deskundigheid OF duidelijkheid OF betrouwbaarheid OF emotionele stabiliteit OF hechtingstijl OF feedback OF veerkracht OF motivatie OF ondernemend OF initiatief OF strategisch OF technisch OF benadering OF verwerking OF (expertise OF ervaring OF opleiding) OF verwachting OF variabelen OF factoren OF (uitvallen OF hechting OF overeenstemming) OF evaluatie OF (overeenstemming van het doel OF samenwerking) OF (professional variabelen OF cliënt variabelen OF alliantie variabelen) OF (professional factoren OF cliënt factoren OF alliantie factoren)) EN ((jeugdgezondheidszorg OF jeugdgezondheidszorg OF gezondheidszorg kinderen OF consultatiebureau OF jeugdzorg OF familie zorg OF welzijn OF sociaal werk OF gehandicapt OF uitdagend OF verbeteren) OF GGZ OF geestelijke gezondheidszorg OF psychiatrie) EN (probleem OF terugval OF bereik OF verwijzing OF detecteerbaar OF vasthouden OF (effect OF effectiviteit OF voortvarend OF therapeutische verandering) OF uitkomst OF reflectie OF interactie OF (alliantie OF therapeutische relatie) OF zichzelf bloot stellen OF behandel betrokkenheid OF betrokken)

Voor de originele studies/ grijze literatuur zijn de termen '(Review OR Overview OR Meta-analysis OR meta analysis)' uit de zoekstrategie gehaald.

Geïndiceerde jeugdzorg

Zoektermen gebruikt in internationale databases

- child care, youth care, family care, Residential Care Institutions, institutional care, residential treatment, residential care, residential home, (observation centre* or observation center*), (treatment centre* or treatment center*), ((treatment observation centre*) or (treatment observation center*)), day treatment, treatment facilit*, treatment setting*, treatment provision*, therapeutic foster care, outpatient, family based treatment*, family based therap*, family oriented treatment*,

family oriented therap*, family (care or treatment or therapy), home (care or treatment or therapy), semi-residential care, institutional treatment*, institutional therap*, family services, social services, welfare, social work

- factor*, variable*, contribution*, determinant*
- outcome*, result*, change*, effect*, improvement*, consequence*, efficacy*, impact

Aanvullende zoektermen voor het zoeken binnen de jeugd-lvb-sector

- mental* retard*, mental* challenge*, mental* impair*, mental* handicap*, mental* disab*, intellectual* disab*, intellectual* retard*, cognitive* impair*, cognitive* disab*

Zoektermen gebruikt in de Nederlandse database Picarta

- Jeugdzorg, jeugd hulpverlening, dagbehandeling, deeltijdbehandeling, ambulante hulpverlening, centrum voor observatie en diagnostiek, orthopedagogisch behandelcentrum, behandelcentrum, behandel instelling, residentiële zorg, residentiële behandeling, pleegzorg, pleeggezin, jeugdhulp, 24-uurs zorg
- Factor, variabele, kenmerk, eigenschap, kwaliteit, competentie,
- Resultaat, uitkomst, effect, verbetering, consequentie, doelrealisatie, cliënt tevredenheid

Bijlage III Overzicht van de gebruikte literatuur in deel II

Rood: Preventieve veld

Groen: Jeugdgezondheidszorg

Zwart: Jeugd-ggz

Blauw: Geïndiceerde jeugdzorg

Cliëntfactoren: *jongere*

	Behandeluitkomst	Terugval voorkomen/ voorspellen (nieuwe) problemen	Bereik/ toegankelijkheid	Participatie versus uitval
Socio-demogra- fisch algemeen	Kim, et al., 2012	Brown, 2004; <i>Den Dunnen, et al., 2012</i>	Cauce, et al., 2002; McKay & Bannon, 2004	McKay & Bannon, 2004
Leeftijd	Farahmand, et al., 2012; Kim, et al., 2012; Zirkelback & Reese, 2010; Al, et al., 2012	Brown, 2004	Cauce, et al., 2002	Oosterman, et al., 2006
Sekse	<i>Al, et al., 2012</i>		Cauce, et al., 2002	
Etniciteit	Farahmand, et al., 2012; <i>Al, et al., 2012</i>		Cauce, et al., 2002; Phares & Lum, 1996	Grooters et al., 2013
Gezinskenmerken (armoede etc)		Brown, 2004; <i>Den Dunnen, et al., 2012</i>	Cauce, et al., 2002; McKay & Bannon, 2004; Phares & Lum, 1996	McKay & Bannon, 2004
Intelligentie		Veerman, 1992;		
Probleem type	Shirk & Karver, 2003; <i>Den Dunnen, et al., 2012</i> Strauss, et al., 2012		Cauce, et al., 2002; McKay & Bannon, 2004; <i>Ellingson et al., 2004; Bevaart et al., 2012</i>	McKay & Bannon, 2004; <i>Assemany & McIntosh, 2002; Matthews et al., 2011</i>
Persoonlijkheid		Brown, 2004		<i>Oosterman, et al., 2006</i>
Eigen effectiviteit				
Sociale relaties		Brown, 2004; <i>Den Dunnen, et al., 2012</i>	Cauce, et al., 2002	
Schoolparticipatie		<i>Hair, 2005</i>		
Verwachtingen	<i>Brady, et al., 2002</i>		Cauce, et al., 2002	Kim, et al., 2012; <i>Schroder, et al., 2009; Oosterman, et al., 2006</i>
Vertrouwen hulp- verlener			Cauce, et al., 2002	

* Voor alle continue variabelen geldt: samenhang met resultaat geldt bij toename van variabele (bijvoorbeeld resultaat behandeling hangt negatief samen met hogere leeftijd cliënt).

** Etniciteit (categorische maat) is mogelijk een moderator in de relatie tussen type behandeling en resultaat van de behandeling

	Behandeluitkomst	Terugval voorkomen/ voorspellen (nieuwe) problemen	Bereik/ toegankelijkheid	Participatie versus uitval
Eerdere ervaringen hulpverlening				
Motivatatie/ <i>willingness to participate</i>	Karver, et al., 2006			Schroder, et al., 2009; Grooters et al., 2013
Vrijwillig aangemeld	McLeod, et al., 2011		Cauce, et al., 2002	Oosterman, et al., 2006
Andere problematiek/trauma's jeugdige en/of gezin	Farahmand, et al., 2012; <i>Brady, et al., 2002</i>	<i>Veerman, 1992</i>	Cauce, et al., 2002	
Ouders betrekken bij therapie/ type behandeling	Farahmand, et al., 2012; Feinstein, et al., 2009; Garrison & Daigler, 2006; Goodman & Happell, 2006; Hoagwood, 2005; <i>Harder, 2011; Mendes, et al., 2012</i>	<i>Frensch & Cameron, 2002; Hair, 2005</i>	McKay & Bannon, 2004	Hoagwood, 2005; Kim, et al., 2012; McKay & Bannon, 2004

Clïëntfactoren: ouders

	Behandeluitkomst	Terugval voorkomen/ voorspellen (nieuwe) problemen	Bereik/ toegankelijkheid	Participatie versus uitval
Algemeen socio-demografisch	<i>Friend, Summers & Turnbull, 2009; Singer, Ethridge & Aldana, 2007</i>		McKay & Bannon, 2004	McKay & Bannon, 2004; <i>Assemany & McIntosh, 2002; Matthews et al., 2011</i>
Laag inkomen	<i>Reyno & McGrath, 2006; Lundahl, Risser & Lovejoy, 2006; Fukkink, 2008</i>			
Leeftijd	<i>Al, et al., 2012;</i>			
Sekse	<i>Al, et al., 2012; Friend, Summers & Turnbull, 2009; Singer, Ethridge & Aldana, 2007</i>		Fabiano, 2007	
Etniciteit				
Gezinskenmerken	Hoagwood, 2005; <i>Al, et al., 2012;</i> <i>Harder, 2011</i>	<i>Den Dunnen et al., 2012</i>	Kemp, et al., 2009; McKay & Bannon, 2004	McKay & Bannon, 2004
Probleemtype	<i>Jones, et al., 2011</i>			
Persoonlijkheid				
Eigen effectiviteit	Hoagwood, 2005			Hoagwood, 2005; <i>Matthews et al., 2011;</i> <i>Mah & Johnston, 2008</i>
Sociale relaties			McKay & Bannon, 2004	
Verwachtingen	<i>Miller & Sambell, 2003</i>		Kemp, et al., 2009; McKay & Bannon, 2004; <i>Fabiano, 2007</i>	Hoagwood, 2005; McKay & Bannon, 2004; <i>Miller & Sambell, 2003</i>

	Behandeluitkomst	Terugval voorkomen/ voorspellen (nieuwe) problemen	Bereik/ toegankelijkheid	Participatie versus uitval
Vertrouwen hulp- verlener	Fordham, Gibson & Bowes, 2011 ; Clarke & Churchill, 2012		McKay & Bannon, 2004	McKay & Bannon, 2004
Eerdere ervaringen hulpverlening				
Motivatiewilling- ness to partici- pate	Karver, et al., 2006		Kane, Wood & Barlow, 2007; Fabiano, 2007	Kane, Wood & Barlow, 2007
Attitude t.a.v. zorg/perceptie v.h. probleem			McKay & Bannon, 2004	Hoagwood, 2005; McKay & Bannon, 2004; Mah & Johnston, 2008
Opvoedstijl		Veerman, 1992		
Opvoedstress	Strauss, et al., 2012 ; Nowak & Heinrichs, 2008			
Ouderlijke depressie	Reyno & McGrath, 2006 ; Fukkink, 2008			Assemany & McIntosh, 2002

Professionalfactoren

	Behandeluitkomst	Terugval voorkomen	Bereik/ toegankelijkheid	Participatie versus uitval
Zorgprofessional				
Socio-demografische kenmerken				
Persoonlijkheid	Swart, 2011a ; Kane, Wood & Barlow, 2007 ; Matthews et al., 2011 ; Davis & Meltzer, 2007		Schuengel & Van IJzen-doorn 2001	Gallagher, et al., 2012
Voorgeschiedenis	Harder, 2011			
Eerdere (negatieve werkervaringen)				
Eigen effectiviteit	Sanders & Mazzucchelli, 2013			
Opleiding/ ervaring	Franklin & Hopson, 2007			Gallagher, et al., 2012
Matching (o.a. etniciteit, SES)	Jackson & Hodge, 2010 ; Matthews et al., 2011 ; Clarke & Churchill, 2012			
Competenties (oa culturele sensitiviteit)	Karver, et al., 2006; Swart, 2011a ; Harder, 2011 ; Cunningham & Zayas, 2002 ; Turney, 2012			Gallagher, et al., 2012
Verwachting/ al- legiance	Strauss, et al., 2012 ; Buston et al 2012 , Franklin & Hopson 2007 , Sanders & Turner 2005			
Herkennen problem			Brugman et al., 2001	
Setting				
Barrières wegnemen	Glisson, 2002		Hoagwood, 2005; Kemp, et al., 2009; McKay & Bannon, 2004	Kemp, et al., 2009; Kim, et al., 2012; McKay & Bannon, 2004
Organisatiestructuur	Glisson, 2002	Hair, 2005	Kemp, et al., 2009	Oosterman, et al., 2006

* Tussen haakjes staat het aantal artikelen aangegeven dat dit resultaat heeft beschreven

Alliantiefactoren

	Behandeluitkomst	Terugval voorkomen	Bereik/ toegankelijkheid	Participatie versus uitval
Persoonlijke alliantie	<i>Swart, 2011b</i>			
Taak alliantie/ Gezamenlijk doel/ plan	<i>Harder, 2011;</i> <i>Strauss, et al., 2012</i> <i>Statham, 2000;</i> <i>Peralta & Arellano, 2010;</i> <i>Trivette, Dunst & Hamby, 2010;</i> <i>Davis & Meltzer, 2007;</i> <i>Turney, 2012</i>			<i>Gallagher, et al., 2012</i>
Overall alliantie	<i>Green, 2006; Karver, et al., 2006;</i> <i>McLeod, 2011;</i> <i>Shirk & Karver, 2003;</i> <i>Zack, et al., 2007;</i> <i>Zirkelback & Reese, 2010;</i> <i>Davis & Meltzer, 2007</i>			<i>Grooters et al., 2013</i>
Kind alliantie	<i>Zack, et al., 2007;</i> <i>Dam, et al., 2011;</i> <i>Harder, 2011;</i> <i>Schroder, et al., 2009</i>			<i>Gallagher, et al., 2012</i>
Ouder alliantie	<i>Feinstein, et al., 2009;</i> <i>Alpert, 2005;</i> <i>Statham, 2000;</i> <i>Peralta & Arellano, 2010;</i> <i>Trivette, Dunst & Hamby, 2010;</i> <i>Davis & Meltzer, 2007;</i> <i>Turney, 2012</i>			<i>Feinstein, et al., 2009;</i> <i>Zack, et al., 2007;</i> <i>Oosterman, et al., 2006</i>

Bijlage IV Overzichtstabel gevonden factoren in relatie tot uitkomstmaten

Legenda: Meta-Analyse
 Review
 Originele studie

	Factor	Variabele*	Samenhang (pos of neg)	Type resultaat (uitkomstvariabele)
Cliënt	Sociodemografische factoren en opleidingsniveau	Leeftijd	-	<u>Resultaat behandeling</u>
			-	<u>Succesvolle pleegzorgplaatsing</u>
			+	<i>Ontwikkelen psychische problematiek</i>
			-	Gezinsfunctioneren
			-	Warme benadering van professional
			+	Vormen alliantie
			+	<u>Behandel uitkomst</u> <i>Individuele interventies behandelresultaat</i>
			-	<i>Hulp zoek gedrag</i>
			+	<u>Alliantie - uitkomst (moderator)</u>
		Sekse	Jongens + Meisjes -	<u>Resultaat behandeling</u>
			Jongens - Meisjes +	Warme benadering professional
		Leeftijd ouders	+	<u>Resultaat behandeling</u>
		Sekse ouders	Moeder + Weinig bekend vaders Vaders -	<i>Resultaat opvoedsteun</i> <u>Resultaat opvoedsteun (x2)</u> <i>bereik opvoedsteun</i>
		Etniciteit	Wit + Afro-Am -	<u>Resultaat behandeling</u>
			+ (categorisch)**	<u>Resultaat behandeling (moderator)</u> <i>Resultaat behandeling (moderator)</i>
			White + Other -	<i>Doorverwijzing</i>
		Intelligentie	-	<i>Ontwikkelen psychische problematiek</i>
		Probleem herkenning	+	<i>Hulp zoek gedrag</i>
	Gezinskenmerken	Grootte	-	<u>Resultaat behandeling</u>
		Huwelijkse status	Gescheiden - Getrouwd +	<u>Resultaat behandeling</u>
			Gertouwd + Gescheiden -	<i>Doorverwijzen naar behandeling</i>
		Betrokkenheid	+	<i>Vasthouden positieve veranderingen</i>
			+	<i>Functioneren cliënt</i>
			-	<i>Ouderlijke stress</i>
			+	<i>Vasthouden aangeleerde vaardigheden</i>
			+	<i>Opbouw alliantie</i>
			+	<i>Behandeluitkomst (x3)*</i>
			+	<i>Aanwezigheid op eerste gesprek/ vervolg (x2)</i>

	Factor	Variabele*	Samenhang (pos of neg)	Type resultaat (uitkomstvariabele)
		Algemeen functioneren	+	<i>Resultaat behandeling</i>
		Positief contact gezinsleden onderling	+	<i>Succesvolle overgang naar huis</i>
		Positie in kinderrij	-	Gezinsfunctioneren
		Social Economische Status (SES)	Lagere SES - Lagere SES -SES +/- Alleen robuuste eff bekend mid- denklasse	<i>Gebruik services (x3)</i> <i>Retentie/resultaat opvoedsteun (x2)</i> <i>Resultaat opvoedsteun</i> <u>Ouderlijke stress na opvoedsteun</u>
			Laag inkomen -	<u>Resultaten opvoedsteun (x3)</u>
		Kennis ouder mbt services (weinig)	-	<i>Gebruik services</i>
		Zorgen maken	+	Hulp zoek gedrag
		Cultuur/ethniciteit	Niet NL - NL +	Probleem herkenning bij kind
			Afro Am -	Hulp zoek gedrag (stigma etc)
	Psychiatrische en delinquentie-geschiedenis gezin	Ouder heeft psychosociale problematiek	-	<i>Behandeluitkomst</i>
		Ouderlijk depressie	-	<u>Resultaat opvoedsteun</u>
	Type/zwaarte problemen	Aanwezigheid gedragsproblemen	-	<u>Succesvolle pleegzorgplaatsing</u>
		Alcohol/drugsgebruik ouders	-	<u>Succesvolle pleegzorgplaatsing</u>
		Aantal stressvolle gebeurtenissen/trauma's	+	<i>Ontwikkelen psychische problematiek</i>
			+	Duur van behandeling
		Aanwezigheid psychiatrische problematiek	-	<i>Verloop pleegzorgplaatsing</i>
		Alcohol/drugsgebruik cliënt	-	<i>Verloop pleegzorgplaatsing</i>
		Suicidegedachten	-	<i>Verloop pleegzorgplaatsing</i>
		Mate van probleemgedrag	-	Gedragresultaten na behandeling
			-	<i>Behandeluitkomst (3)Retentie (2)</i>
			-	<i>Uitval gedurende de behandeling</i>
		Mate van agressief gedrag	-	Opbouw alliantie
		Mate van stress ouders	-	Effecten van behandeling
			+	<u>Resultaat opvoedsteun</u>
		Soort problematiek	Internaliserend + Externaliserend - Internaliserend - Externaliserend +	Warme benadering professional- <u>vormen alliantie (x2)</u> <u>vormen alliantie (x2)</u>
	Persoonlijkheid en veerkracht	Hechtingsstijl	Veilig + Onveilig -	<u>Succesvolle pleegzorgplaatsing</u>
				<i>Verloop pleegzorgplaatsing</i>
		Aanpassingsvermogen cliënt	+	<u>Succesvolle pleegzorgplaatsing</u>
		Pro-sociaal en positief karakter kind	+	<u>Succesvolle pleegzorgplaatsing</u>

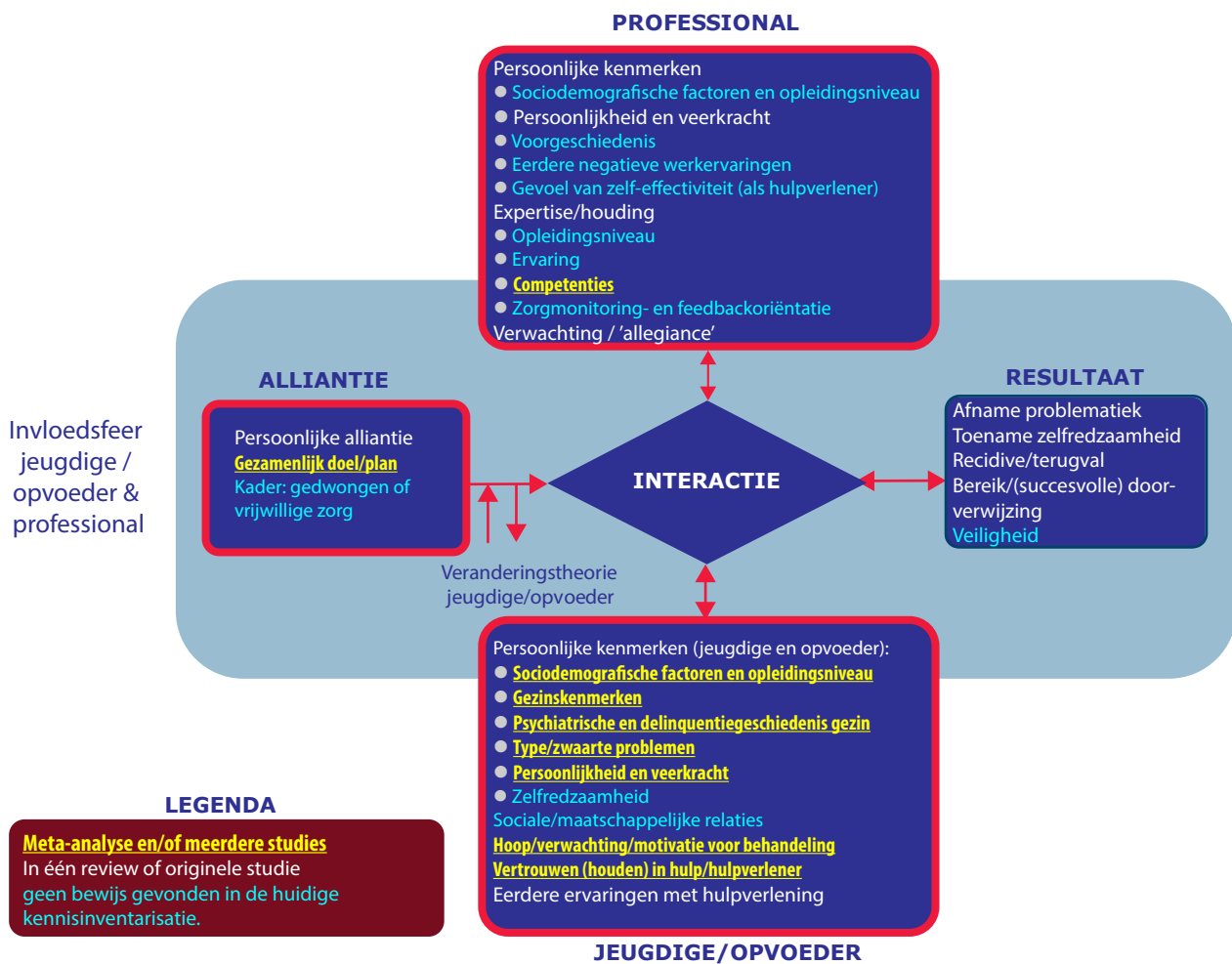
	Factor	Variabele*	Samenhang (pos of neg)	Type resultaat (uitkomstvariabele)
		Zelfbeeld (kan/wil ik veranderen)	+	<u>Resultaten opvoedsteun</u>
	Zelfredzaamheid			
	Sociale/maatschappelijk relaties	Relationele problemen cliënt	-	<i>Opbouw alliantie</i>
		Maatschappelijke betrokkenheid	-	Gezinsfunctioneren
	Hoop/verwachting/ motivatiem.b.t. behandeling	Helderheid toekomstbeeld	+	Tevredenheid over behandeling
		Verwachting	+	<i>Opbouw alliantie</i>
			+	<i>Afmaken van behandeling</i>
			+	<i>Resultaat opvoedsteun</i>
		Geloof in behandeling	+	<i>Behandeluitkomst</i>
			-	<i>Hulp zoek gedrag</i>
		Aansluiting door hulpv op hulpvraag	+	Succes opvoedsteun
		Motivatie voor behandeling	-	<i>Kans op voortijdige beëindiging residentiële behandeling</i>
	Vertrouwen (houden) in hulp/ hulpverlener	Instemmen door ouders	+	<u>Succesvolle pleegzorgplaatsing</u>
		Positief contact	+	<u>Succesvolle pleegzorgplaatsing</u>
		Houding ouders t.o.v. pleegzorg	+	<i>Samenwerkingsrelatie</i>
		Vertrouwen	+	Effecten van behandeling
		Contact met hulpv als respectvol/ ondersteunend ervaren	+	Empowerment
		Negatieve houding ouders tov GGZ (ouders/familie)	-	<i>Initiatie behandeling en volhouden behandeling (x2)</i>
		De ouders zien barrières (ouders/familie)	-	<i>Acceptatie behandeling Volhouden behandeling (x2)</i>
	Eerdere ervaring met hulpverlening	Aantal plaatsingen	-	<u>Succesvolle pleegzorgplaatsing</u>

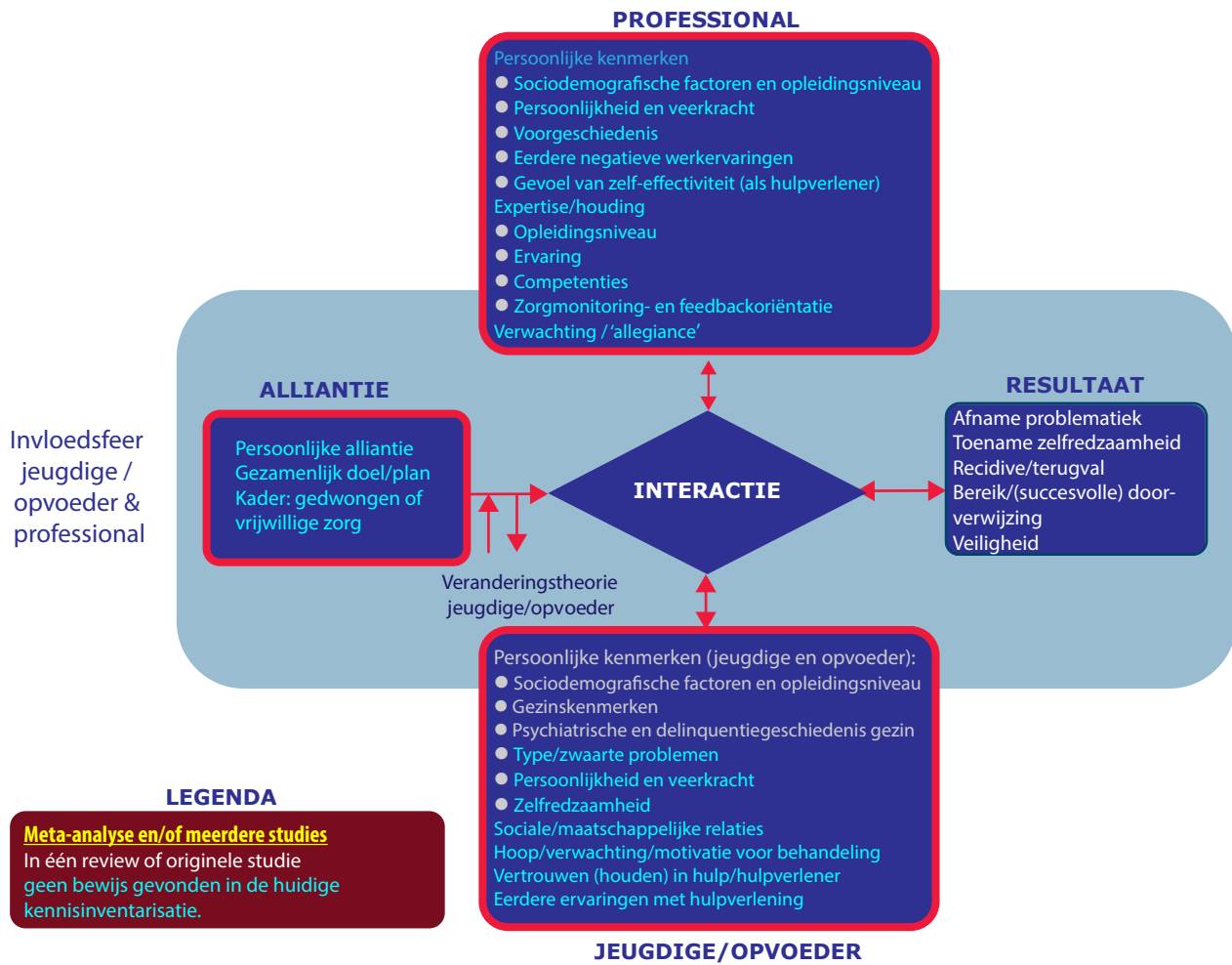
	Factor	Variabele*	Samenhang (pos of neg)	Type resultaat (uitkomstvariabele)
Profes- sional	Sociodemografische factoren	Leeftijd	+	Mishandeling binnen de residentiële zorg
		Sekse	Man + Vrouw -	Mishandeling binnen de residentiële zorg
		Etniciteit	Matching met cliënt +	Resultaat ondersteuning (x2)
		SES	+	Resultaat ondersteuning
		Ouderschap	+	Resultaat ondersteuning
	Persoonlijkheid & veerkracht	Interpersonal skills	+	<u>Therapeutische proces</u>
		Contact onderhou- den	+	<u>Succesvolle pleegzorgplaatsing</u>
		Probleem herkenning	+	Signalering
		Hechtingsstijl	Veilig + Onveilig -	creëren van veilige basis
				omgaan met behoeften cliënt
		Extraversie, vriende- lijkheid, emotionele stabiliteit en nieuws- gierigheid	+	Kwaliteit van functioneren bin- nen residentiële jeugdzorg
		Therapeutic offered conditions, bie- den van structuur, empowerment, communicatieve competenties	+	Kwaliteit van functioneren bin- nen residentiële jeugdzorg
		Empathie	+	Inzet van cliënt
		Bevlogenheid	-	Overbelasting
		Warmte/ vriendelijk- heid	+	Cliëntparticipatie
		Onbevooroordeelde houding professional	+	Resultaat opvoedsteun
		Veerkracht	+	Kwaliteit van functioneren binnen residentiële jeugdzorg
			-	overbelasting
	Voorgeschiedenis			
	Eerdere negatieve werkerva- ringen			
	Gevoel van zelf-effectiviteit	Werkzaam uit eigen beweging	-	Overbelasting
	Opleiding	Opleidingsniveau	+	Gezinshereniging
			-	Lengte pleegzorgplaatsing
				Mishandeling binnen de residentiële zorg
		Training met aan- dacht voor vertrou- wen in interventie	+	Allegiance (x2)

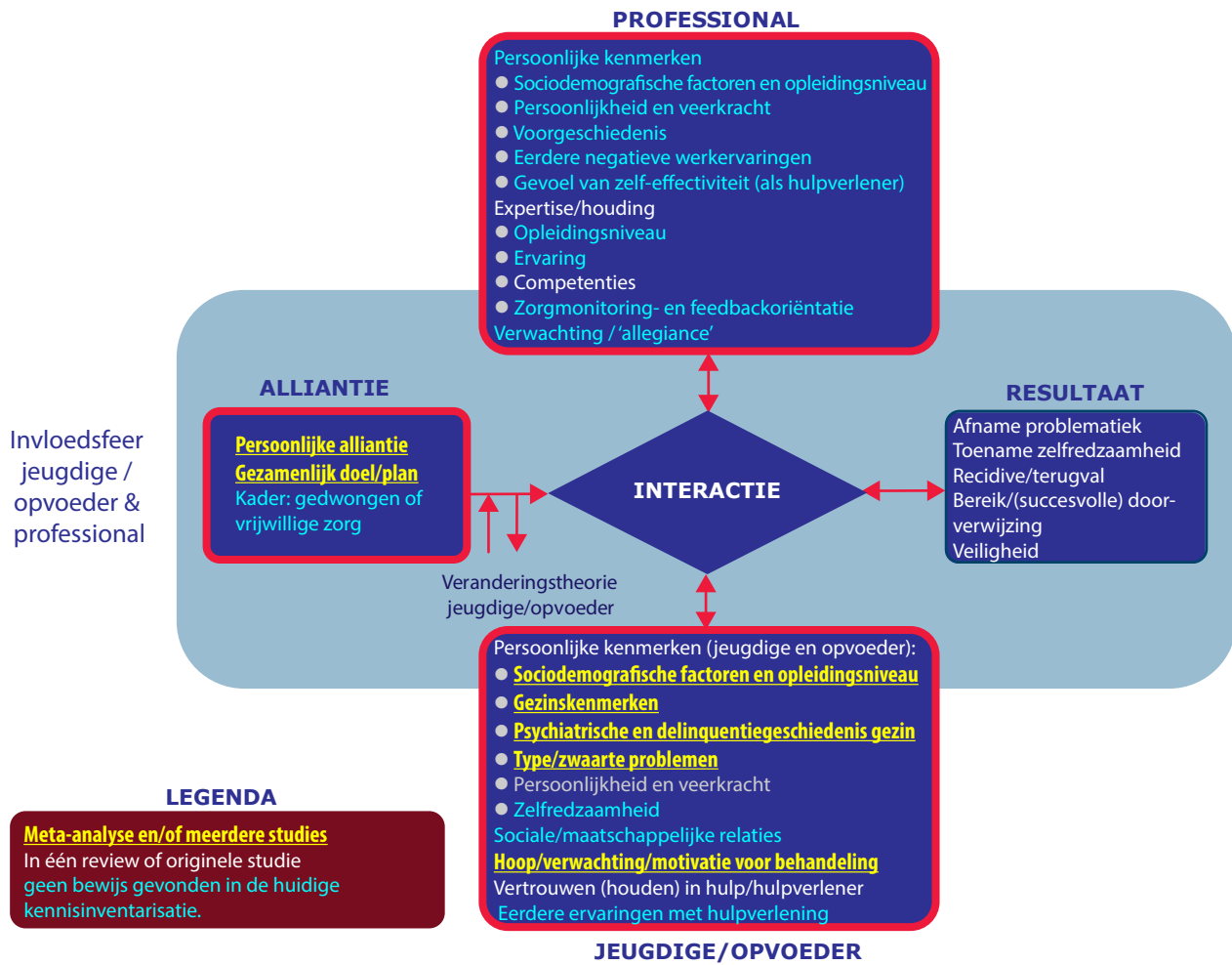
	Factor	Variabele*	Samenhang (pos of neg)	Type resultaat (uitkomstvariabele)
	Ervaring			
	Competenties	Betrouwbaarheid en transparantie	+	Inzet cliënt
		Expertise	+	Cliëntparticipatie
		Counselingvaardigheden	+	Inzet cliënt
		Keuze voor juiste assessment en interventie	+	Behandeling uitkomsten
		Positief benaderen en rekening houden met specifieke behoeften vaders	+	Bereik vaders
		Culturele sensitiviteit	+	Resultaat opvoedsteun
		Respectvolle en (h) erkennende benadering ook in context van drang	+	Resultaat opvoedsteun
	Verwachting/ 'allegiance'		-	Opvoedstress
				Probleemgedrag cliënt
			+	Kwaliteit hulp
Alliantie	Persoonlijke alliantie	Ervaring cliënt met behandelend professional	+	Alliantie
	Gezamenlijk doel/plan (taakalliantie)		+	Opbouw alliantie
		Aantal betrokken hulpverleners	-	<u>Succesvolle pleegzorgplaatsing</u>
		Aantal wisselingen gezinnen	+	Lengte pleegzorgplaatsing
			-	Gezinshereniging
	Overall alliantie		+	<u>Behandeluitkomst (x4)</u> Behandeluitkomst (x6)
			-	Kans op voortijdige beëindiging residentiële behandeling
	Interactieve werkwijze	Aansluiten bij ideeën/beleving ouders	+	Resultaten opvoedsteun
		Partnerschap met gezin, gelijkwaardige relatie	+	Resultaten opvoedsteun (x2) <u>Resultaten opvoedsteun</u>
	Kader: gedwongen of vrijwillige zorg			

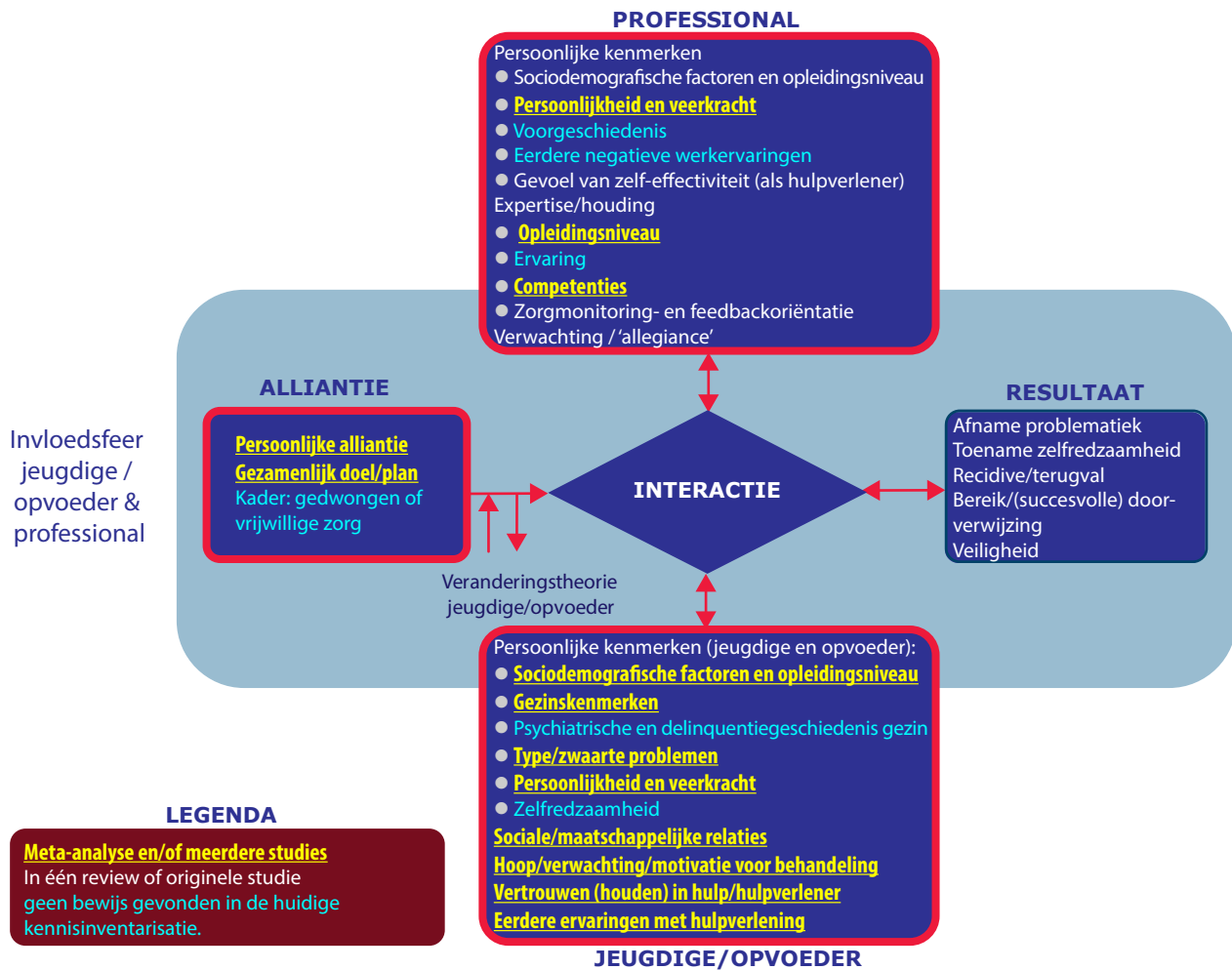
Bijlage V Overzicht resultaten per domein, weergegeven in het IWF-model

Illustratief IWF-model op microniveau voor domein preventieve opvoedsteun









Bijlage VI Kenmerken en competenties generalist zorg voor jeugd⁴

Deze bijlage bevat een overzicht van de kenmerken en competenties van de relatief nieuwe functie van 'generalist' in het domein van de preventieve zorg voor jeugd, op basis van de beschikbare ('grijze') literatuur van Nederlandse bodem. De opdracht en positie van de generalist ziet er in grote lijnen als volgt uit. Zij of hij werkt in wijkteams, is eerste aanspreekpunt voor gezin, informele en formele voorzieningen, verbindt (in)formele nulde en eerste lijn, werkt preventief, geeft zorg, schakelt zo nodig specialistische zorg in, coördineert (bijvoorbeeld Naber, 2013).

De kwaliteit van de gevonden literatuur over deze professional nieuwe stijl deze is als volgt samen te vatten. Er zijn nog weinig relevante (inter)nationale wetenschappelijke studies beschikbaar. Veel teksten betreffen handreikingen of factsheets waarin functieprofielen en competenties worden benoemd, bijvoorbeeld van professionals in het CJG, van gezinsmanagers, van wijkcoaches, van 'de generalist'. Deze vaak opsommende lijstjes informeren over kenmerken van een succesvolle aanpak, zoals kunnen netwerken en eigen kracht stimuleren.

Gezinscoach als ondersteuner van gezinnen

Een basisdocument waarnaar beleidsnotities over de transitie in de jeugdzorg verwijzen, is het rapport *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijnszorg jeugd- en gezinszorg* van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2012). Het RMO-advies is gebaseerd op gesprekken met experts, onderzoekers en professionals van diverse jeugdinstituten en organisaties, en het SCP-rapport *Kwetsbare gezinnen in Nederland* (Van den Broek et al., 2012). In de visie van de RMO worden veel gewone gezinsproblemen tot grootschalige zorgkwesties uitvergroot, is de zware hulpverlening te ver opgerukt in het dagelijkse leven van ouders en hun kinderen. Professionele ondersteuning zou in de visie van de RMO dichtbij huis, in de directe leefomgeving moeten plaatsvinden, aansluitend op de mogelijkheden van de gezinnen en hun sociale omgeving. Versterking van de eerstelijns zorg moet de toename van zware vormen van jeugdzorg indammen, en juist de actieve inzet van gezinnen en hun sociale omgeving bij het oplossen en beheersbaar houden van problemen versterken.

Een cruciale rol in het RMO-advies heeft de *gezinscoach* die - anders dan gezinscoaches in multiprobleemgezinnen - in de eerste lijn werkt. Hij/zij werkt proactief, zonder indicatie of verwijzing en onderhoudt contact met kwetsbare gezinnen. Deze gezinscoach is een generalistische hulpverlener, vervult een brugfunctie tussen het gezin en diens sociale omgeving, andere beroepskrachten en tweede lijnszorg. De gezinscoach heeft veel ruimte en mogelijkheden om binnen een brede taakopvatting directe steun te bieden bij het oplossen van praktische zaken, hervinden van dagritme en structuur, zo nodig te verwijzen naar zwaardere en meer gespecialiseerde zorg. Deze coach is ervaren, vakbekwaam, maar heeft vooral persoonlijke eigenschappen die nodig zijn in het contact met zorgmijdende, kwetsbare gezinnen. Het RMO-advies spreekt van een vierledig takenpakket.

- Vertrouwen opbouwen en gesprek aangaan, ook met gezinnen die hiervoor in eerste instantie niet open staan. Kwaliteiten en eigenschappen die hiervoor nodig zijn: contact maken, begrip en interesse tonen. De werkwijze kan praktisch van aard zijn, aansluitend bij wat het gezin nodig heeft (begeleiding naar schuldsanering, UWV).
- Activeren en versterken eigen kracht van gezin en diens sociale omgeving. Kwaliteiten en werkwijzen die hierbij nodig zijn: positief benaderen, benutten en versterken van de eigen sturing en kracht door het gezin en sociale netwerk. Dit kan zowel praktisch van aard, maar ook sociaal activerend en emotioneel ondersteunend.
- Ondersteunen bij (leren) oplossen van opvoedvraagstukken in het gezin. Kwaliteiten en werkwijzen die hiervoor nodig zijn: op basis van opgebouwd vertrouwen adviezen geven over de opvoeding, communicatie tussen de ouders, communicatie met school. Deze werkwijze kan ook praktisch van aard zijn, zoals op orde krijgen van huishouden, contact leggen met school, waarbij een praktisch gekwalificeerde gezinsondersteuner kan worden ingeschakeld.
- Signaleren en doorverwijzen naar zwaardere, gespecialiseerde hulpverlening. Kwaliteiten en werkwijzen die hiervoor nodig zijn: kunnen oordelen over draagkracht van het gezin, kennis van opvoed-

4 Deze tekst is een licht bewerkte versie van Naber & Knippels (2013), in het kader van het project Vakmanschap Nieuwe Stijl van Kenniswerkplaats Tienplus.

problematiek en andere, ermee samenhangende problematiek, zicht hebben op beschikbare gespecialiseerde zorg. Daarnaast kan de coach het gezin motiveren en begeleiden naar tweede lijns hulp, een brugfunctie vervullen.

Deze taken zijn aan de orde waar het om coachen van kwetsbare, zorgmijdende gezinnen gaat, maar ook relevant voor generalisten die in het preventieve veld advies en hulp geven aan gezinnen. Hoewel gesproken wordt van taken en takenpakket, zijn de genoemde onderdelen o.i. veeleer een mix van persoonlijke kwaliteiten, beroepskwalificaties, werkwijzen en taken die in de opsomming door elkaar heen lopen.

In pilotonderzoek naar het functioneren van *Wrap Around Care* (Cordus et al., 2011) staan kenmerken en competenties van de betrokken 'gezinswerkers' vermeld die op sommige punten nadere specificaties van de voorgaande algemene uitgangspunten bevatten. Zo is het voor het stimuleren van eigen kracht van belang dat de gezinswerkers:

- de gezinsleden serieus nemen, als gelijkwaardige partners behandelen, geloven in hun kracht;
- met hen kunnen werken aan een gezamenlijke omschrijving van vragen/problemen en hun aanpak, en kunnen helpen hun eigen acties te entameren, niet overnemen;
- cultureel bekwaam zijn: respect hebben voor en voortbouwen op waarden, voorkeur, geloof, cultuur en identiteit van het kind, het gezin en hun buurt/omgeving;
- het sociale netwerk van de gezinsleden kunnen betrekken;
- flexibel kunnen schakelen tussen de verschillende rollen van coach (activeren, versterken), aanne-mer (praktisch meehelpen) en regisseur (overstijgend coördineren) als ook tussen de verschillende perspectieven (gezin, hulpverleners, organisaties).

Welzijns- en pedagogisch generalist

In de lijn van het RMO-advies spreken Scholte, Sprinkhuizen en Zuithof (2012) in *De generalist. De sociale professional aan de basis* van een ervaren professional met brede kennis van meerdere domeinen en leefgebieden, die zich met aanvullende opleiding ontwikkeld heeft tot een bijzondere generalist ('generalist specialist'), op het brede terrein van zorg en welzijn. Deze professional verwijst, bemiddelt, voert ook zelf lichte interventies uit, heeft oog voor problemen én kansen. *'Een generalist is iemand die verbindt tussen de leefwereld van de burgers en de institutionele wereld, maar ook tussen professionals onderling en de burgers onderling, met een sterke nadruk op empowerment. Iemand die van alle markten thuis is, die niet per se heel diepgravende kennis heeft, maar over een breed arsenaal aan kennis beschikt om 'eerste hulp' te kunnen bieden.'* (p.16). Een generalist:

- heeft kennis van meerdere kennisdomeinen, is domeinonafhankelijk;
- richt zich op individuen, systemen, groepen op diverse leefgebieden;
- voert een scala aan (lichte) interventies uit;
- schakelt tussen specialisten vanuit leefwereldenperspectief;
- heeft oog voor problemen en kansen;
- verbindt hulp- en dienstverlening met maatschappelijke participatie.

Ook deze opsomming beschrijft - net als het RMO-advies - een mix van kwaliteiten, taken en werkwijzen.

Scholte et al. (2012) baseren hun profiel van de generalist overwegend op portretten van maatschappelijk werkers, gezinscoaches, opbouwwerkers. Dit vraagt vertaling naar de pedagogische generalist die (ook) ondersteuning geeft bij vragen rondom de ontwikkeling en opvoeding van kinderen. Daarover is meer te lezen en te leren in de dossiers die het NJi heeft aangelegd over de vernieuwing van het jeugdzorgstelsel en de implicaties ervan voor de kennis en kunde van de professional die werkt met en rondom kinderen, jongeren en gezinnen.⁵ Onder verwijzing naar Scholte et al. en naar het conceptwetsvoorstel jeugd wordt de generalist op het terrein van jeugd en opvoeding beschreven als iemand die een vertrouwensrelatie met jeugdigen en ouders opbouwt, samenwerkt met sociale netwerken rondom het gezin, verbindingen legt tussen diverse domeinen of leefgebieden, en bij professionele jeugdhulp de regie in handen van de ouders laat. Kenmerkend voor zo'n generalist is volgens het NJi:

5 Tien Transformatietips voor vernieuwing van het jeugdstelsel <http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=137589> Kennisnetwerk Generalistisch werken rondom jeugd en gezin. <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/45/437.html>

- heeft zowel brede kennis en ervaring in de jeugdsector als pedagogische basiskennis (talentontwikkeling, ontwikkeling en opvoeding jeugd);
- werkt integraal, verbindt alle betrokkenen (contactpersoon), is van begin tot eind betrokken bij een gezin;
- werkt domeinoverstijgend, betreft alle leefdomeinen van het gezin (goed bekend met sociale kaart);
- staat dichtbij het gezin, kent (de vragen van) het gezin;
- stimuleert en versterkt pedagogische kwaliteit leefomgeving, netwerken van gezin, jeugd, mede-opvoeders.
- is in staat af te wegen wanneer specialistische zorg nodig is (risicosignalering, zorgvuldige besluitvorming).
- kan effectief en efficiënt werken, maakt gebruik van een sluitend aanbod.

Generalisten worden in hun werk ondersteund door beleidsmakers en regisseurs die de motivatie en competentie van werkers stimuleren, die eenheid in visie en bestuurlijk draagvlak uitdragen. De voortgang van het werk wordt gevolgd (gemonitord) en zo nodig verbeterd.

Tien competenties jeugd- en gezinsgeneralist

De tien basiscompetenties waarover generalisten in de sector welzijn en maatschappelijke dienstverlening dienen te beschikken om de WMO uit te voeren (Vlaar, Kluft & Liefhebber, 2013) zijn door het NJi vertaald naar competenties van jeugd- en gezinsgeneralisten.⁴ Het grootste deel van de competenties is uitgewerkt in het profiel van de jeugdzorgwerker, op onderdelen aangevuld. De 10 competenties laten zich als volgt samenvatten:

1. verheldert vragen en behoeften van jeugdigen, ouders en netwerk door actief luisteren, vertrouwen opbouwen, laat hún vraag leidend zijn;
2. versterkt eigen kracht en zelfregie (vinden van eigen oplossingen), door motiveren van en aanboren van eigen kracht, helpen ontwikkelen vaardigheden, zo nodig steun bieden of overdragen van zorg;
3. is zichtbaar en gaat op mensen (jeugdigen en ouders) af, is daarbij laagdrempelig en toegankelijk in leefsituatie aanwezig. Is ook professioneel zichtbaar en zelfbewust in lokale samenleving, beroepspraktijk en beleid;
4. stimuleert verantwoordelijk gedrag jeugdigen en ouders, doorbreekt belemmeringen, zoekt oplossingen;
5. stuurt aan op betrokkenheid en participatie van jeugdigen en ouders, weet wanneer nodig te interveniëren;
6. verbindt individuele vragen en behoeften met collectieve behoeften en potenties (vrijwilligers, burgers, organisaties), hiermee sociale samenhang en gezamenlijke aanpak stimulerend;
7. versterkt en ondersteunt netwerken jeugdigen en opvoeders, werkt vanuit breed netwerk samen met gezinnen, professionals, verenigingen, ondernemers, beleidsmakers om doelen te realiseren;
8. beweegt zich gemakkelijk in leefwerelden jeugdigen en ouders, kan goed overweg met organisaties, is in staat tot perspectiefwisseling en bijeen brengen van leefwerelden;
9. heeft antenne voor sociale verhoudingen tussen jeugdigen, opvoeders en organisaties, herkent kansen en tekorten, anticipeert en grijpt tijdig in;
10. benut professionele ruimte optimaal om met jeugdigen, opvoeders en professionals nieuwe mogelijkheden te creëren, is daarin ondernemend, reflectief, maakt effecten zichtbaar en deelt deze.

Aanvullend op de 10 basiscompetenties van generalisten, wordt een *11^{de} competentie* toegevoegd die specifiek gericht is op het werken met jeugd en gezin: beslissen over hulp, zorgvuldige en kwalitatieve besluitvorming (eventuele indicatiestelling). Dit betreft afwegen: wel/geen (gespecialiseerde) hulp, welke hulp, welke afspraken met cliënt. Aandachtspunten hierbij:

- beslissen (indicatiestelling) in dialoog met cliënten;
- beslissen (indicatiestelling) is functioneel en onderdeel van kwalitatief zorgsysteem;
- richtlijnen over kwaliteit besluitvorming en type hulp voor welke problemen/cliënten;
- ingrijpende besluiten gaan gepaard met consultatie/supervisie;
- toetsing kwaliteit besluitvorming (steekproefsgewijze).

Bron: NJi: Kennispraktijknetwerk Generalistisch werken rondom jeugd en gezin.
<http://www.jeugdinformatie.nl/eCache/DEF/1/47/470.html>

Eerstelijnsduizendpoot

Diverse publicaties (adviezen, onderzoeken, websites, boeken en artikelen) beschrijven uiteenlopende 'rijtjes' van kwalificaties, rollen en taken waarover de nieuwe pedagogische professional dient te beschikken (RMO 2012; RVZ, 2012; Jumelet & Wenink, 2012; Kluft, 2010; Van Bergen, 2010; Gemeente Amsterdam, 2012a,b). Daarnaast zijn competentieprofielen ontwikkeld voor professionals die in de frontlinie met gezinnen werken, zoals de 'gezinswerker' in Utrecht, de 'wijkcoach' in Enschede.

Competentie- en beroepsprofielen gaan in op de kennis, vaardigheden en houdingsaspecten waarover pedagogische professionals in de frontlinie dienen te beschikken (Van de Haterd et al., 2010; Landelijk profiel van de HBO-Bachelor Pedagogiek, 2010; Snel, Koeter & Jansen, 2010).

De diverse profielen, de taken en rollen, deskundigheden en kwaliteiten overziend, moet de generalist een eerstelijnsduizendpoot zijn (Verhulst, 2011).⁶ Naast expertise op een breed terrein (pedagogisch, psychologisch, sociaaljuridisch, praktisch), gaat het om eigenschappen als kunnen netwerken, vertrouwen winnen en daadkrachtig zijn, om contactuele eigenschappen als een 'antenne' hebben, kunnen inschatten. De werker moet ondernemend zijn, kunnen functioneren als informeel leider, partijen verbinden, en tevens specialisten inschakelen als dat nodig is. Kernelementen die de verschillende documenten aandragen:

- is een HBO-opgeleide professional met veel en brede kennis en ervaring, waaronder pedagogische expertise. Is een 'doorgewinterde' professional, die stevig in de schoenen staat;
- heeft aandacht voor het normale (gezins)leven: voor ondersteunen, herstellen, op orde krijgen van het gezinsleven, de eigen kracht versterkend en het sociale netwerk/ de sociale omgeving activerend;
- heeft als grondhouding: aansluiten bij vraag en behoefte van jeugdigen en ouders, aandacht voor wat in dit gezin speelt (diversiteits sensitief en onbevooroordeeld), stimuleren van zelfregie van het gezin, ook van zorg mijdende gezinnen;
- biedt ondersteuning bij lichte opvoedvragen, verbindt met vrijwillig en professioneel (groot) netwerk, verwijst zo nodig naar specialistische zorg (kan gezinssituatie inschatten);
- is proactief en zichtbaar op diverse fronten en niveaus, heeft een erop af houding, kan doseren en beslissen;
- kan professioneel netwerken, regie voeren, planmatig en resultaatgericht werken;
- is in sterke mate zelfverantwoordelijk voor eigen werk, weet om te gaan met professionele ruimte, heeft een onderzoekende, reflectieve, kritische houding, is in staat en bereid de rol van professional te relativeren en te blijven leren van cliënten, collega's, en andere professionals.

Kortom: een reflectieve, praktische, communicatieve, verbindende etc. duizendpoot. In deze beschrijvingen lopen opnieuw functies, taken, rollen, kwaliteiten en eigenschappen nogal eens door elkaar heen. Er is kortom nog geen coherent beeld van het type deskundigheid dat gevraagd wordt.

Deskundigheid en professionaliteit van de 'pioniers'

Hiervoor is aan de orde gekomen welke deskundigheid en professionaliteit van werkers in de frontlinie van ontwikkelings- en opvoedingsondersteuning wordt gevraagd. Hierbij is (nog) geen onderscheid gemaakt tussen de beginnende, ervaren en expertprofessional in het preventieve veld van de jeugdzorg, er (voorlopig) van uitgaand dat de meest ervaren en deskundige professionals deze nieuwe taken kunnen en zullen vervullen. Evenmin is ingegaan op typen samenwerkingskwaliteiten die van nieuwe professionals gevraagd worden, zoals kunnen samenwerken in wisselende teams en coalities (Scholte et al., 2012), in programmatisch verband (Van Delden, 2009a,b), waarvoor specifieke competenties nodig zijn. Kunnen samenwerken binnen de eigen organisatie vraagt andere vaardigheden dan samenwerken in een netwerk, waarbij de inhoud en werkwijze de eigen discipline en organisatie overstijgen.

De gevraagde kwaliteiten staan niet gelijk aan de competenties die in het beroepsprofiel beschreven zijn, die in opleiding en praktijk verworven zijn, die passen in bekende functieprofielen. Dit vraagt om stevige pioniers, met voeten op de grond en grote mate van (zelf)relativering (Berk, Hoogenboom, de Kleermaker & Verhaar, red. 2010, p. 398). Pioniers die praktisch en resultaatgericht handelen weten

6 <http://www.sylviaverhulst.nl/diensten/teksten/de-pedagogische-huisarts-komt-eraan>

te combineren met een reflectieve en normatieve grondhouding, kunnen omgaan met onzekerheid, grote handelingsruimte en verantwoordingsplicht achteraf.

In het voorgaande is evenmin aan de orde gekomen om welk type deskundigheid en verantwoordelijkheid het gaat en hoe professionals deze verwerven in veranderende en specifieke omstandigheden. Of het gaat om een stedelijke of regionale context, welk type organisatie, en om welk type professional (pedagoog, hulpverlener, maatschappelijk werker. WAT en HOE kunnen niet los van elkaar gezien worden. Daarbij gaat het om de deskundigheid en professionaliteit van het beroep, van de organisatie waar professionals werkzaam zijn, en de individuele professional. Die diversiteit in professionele deskundigheden en verantwoordelijkheden kan op verschillende niveaus worden ingevuld (naar Berger, Kleine & Zwikker, 2012), door onderscheid te maken tussen:

- Beroepsverantwoordelijkheid: professioneel handelen wordt gevoed door opvattingen over goede hulpverlening en zorg, kennis van standaarden, richtlijnen en beroepscode, (mede) gevoed door de beroepsgroep.
- Functionele verantwoordelijkheid: professioneel handelen vindt plaats in een organisatie, met opgedragen taken, in de context van instellingsregels en eisen, in teamverband met andere professionals.
- Persoonlijke verantwoordelijkheid: professioneel handelen impliceert kunnen aansluiten op cliënten en omgeving, zo nodig afwijken van standaarden van beroepsgroep en/of organisatie-eisen, kan daarover verantwoording afleggen, reflecteren op eigen functioneren en feedback.

Welke implicaties hebben de eisen die aan professionals nieuwe stijl gesteld worden voor de diverse verantwoordelijkheden waartoe de ouder- en kindwerkers zich dienen te verhouden? Is of wordt de persoonlijke verantwoordelijkheid dominant ten opzichte van functionele en beroepsverantwoordelijkheden? En *hoe* - op welke manier - maken professionals zich niet alleen de breed omschreven deskundigheid eigen, maar blijven ze zich ontwikkelen in een lerende omgeving en organisatie?

Referenties

- Bergen, A. van. (2010). *De nieuwe professional*. Utrecht: Movisie www.movisie.nl/onderwerpen/zelfregie/docs/De%20nieuwe%20professional%20AvB.pdf
- Berger, M., Kleine, K., & Zwikker, N. (2012). Professionalisering van jeugdprofessionals: leven lang leren. In: Berk, M., Hoogenboom, A., Kleermaeker, de, M. & Verhaar (red.). *De Jeugdprofessional in ontwikkeling. Handboek voor professionals in het jeugddomein* (p. 223-237). Alphen aan de Rijn: Kluwer.
- Berk, M., Hoogenboom, A., Kleermaeker, M. de & Verhaar, K. (2010). *De jeugdprofessional in ontwikkeling. Handboek voor professionals in het jeugddomein*. Alphen aan den Rijn: Kluwer.
- Broek, A., van den, Kleijnen, E., & Bot, S. (2012). *Kwetsbare gezinnen in Nederland*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Cordus, J., Goede, J. de, Oosterink, M., & Schamhart, R. (2011). *Pilot Wraparound Care*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Delden, P. van (2009a). *Sterke netwerken, ketensamenwerking in de publieke dienstverlening*. Amsterdam: van Gennep.
- Delden, P. van (2009b). *Samenwerking in de publieke dienstverlening. Ontwikkelingsverloop en resultaten*. Uitgeverij Eburon.
- Gemeente Amsterdam (2012a). *Programma van eisen proeftuinen Om het Kind* (concept 6 september 2012). Amsterdam: Gemeente Amsterdam.
- Gemeente Amsterdam (2012b). *Koersbesluit Om het kind! Hervorming zorg voor de jeugd* (concept 13 september 2012). Amsterdam: Gemeente Amsterdam.
- Jumelet, H., & J. Wenink (red.). *Zorg voor onszelf? Eigen kracht van jeugdigen, opvoeders en omgeving, grenzen en mogelijkheden voor beleid en praktijk*. Amsterdam: SWP
- Haterd, van de J., Kluft, M., Baan, D., Zwikker, N., & Hens, H. (2010). *Vragen, taken, competenties en beroepen in het Centrum voor Jeugd en Gezin. Deelrapportage 2: Beschrijving van de competenties voor professionals in het Centrum voor Jeugd en Gezin*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut / MOVISIE.
- Kersten, R. (2011). *Competenties van de brede professional (generalist)*. Eindhoven: Fontys Actief.
- Kluft, M. (zonder jaartal, z.j.). *Zeg, bent u misschien die nieuwe professional? De omslag van de visie over welzijn naar het handelen van de nieuwe professional*, geraadpleegd op 28-2-2013 op <http://eropaf.org/lib/publicaties///Movisie-artikel-De-nieuwe-professional-Nederlandse-versie.pdf>
- Landelijk Opleidingsoverleg Pedagogiek (2009). *Opvoedingsrelaties versterken. Landelijk opleidings- en competentieprofiel van de HBO-bacheloropleiding Pedagogiek*.
- Naber, P., & Knippels, V. (2013). *Vakmanschap Nieuwe Stijl. Ouder- en kindadviseur als lerende professional: resultaten oriëntatiefase Vakmanschap Nieuwe Stijl*. Amsterdam: Kenniswerkplaats Tienplus/ Hogeschool Inholland (interne publicatie).
- NJi: *Kennispraktijknetwerk Generalistisch werken rondom jeugd en gezin*. <http://www.jeugdinformatie.nl/eCache/DEF/1/47/470.html>
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (2012). *Ontzorgen en normaliseren naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg* (2012). Den Haag: RMO.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2012). *Regie aan de poort. De basiszorg als verbindende schakel tussen persoon, zorg en samenleving*. Den Haag: Raad voor de volksgezondheid en zorg.
- Scholte, M., Sprinkhuizen, A. & Zuithof M. (2012). *De generalist. De sociale professional aan de basis*. Amsterdam: SWP.
- Snel, M. Koeter, L. & Jansen, I. (2010). *Landelijk Uitstroomprofiel Jeugdzorgwerker*. Sectorraad Hoger Sociaal-Agogisch Onderwijs.
- Vlaar, P., Kluft, M., & Liefhebber, S. (2013). *Competenties Maatschappelijke Ondersteuning in de branche Welzijn en Maatschappelijke Dienstverlening*. Utrecht: Movisie.

Bijlage VII Diversiteitgevoeligheid professionals/alliantie

In Pels et al. (2009) is op basis van studie van de beschikbare (hoofdzakelijk 'grijze') (inter)nationale literatuur een aantal aandachtspunten bijeengebracht voor het beoordelen van de diversiteitgevoeligheid van interventies. Deels gaat het om factoren die (mede) het handelen van professionals betreffen, vooral voorzover deze hun alliantie met cliënten beïnvloeden. Zij staan in het volgende samengevat.

Doelen: gemeenschappelijke uitgangspunten

Een benadering die niet of onvoldoende aansluiten bij de 'klinische realiteit' van cliënten kan zijn doel missen (Vincent et al. 1990). Voor het slagen van interventies is een gemeenschappelijk uitgangspunt van belang (Bernal et al., 1995; Knipscheer & Kleber 2004; Knipscheer 2007): wat willen hulpverlener en cliënt bereiken? Ook kunnen doelgroepen specifieke ervaringen hebben, zoals opvoeden in een context van islamofobie of stigmatisering, die om een specifieke invulling van interventies vragen.

Aansluiten bij mogelijkheden en verwachtingen cliënt

Het is van belang dat doelen van de interventie aansluiten bij de wensen en verwachtingen van cliënten. Dit kan inhouden dat er consensus is over wat bij wie met de interventie te bereiken is. Hiertoe is basiskennis gewenst van diversiteit tussen en binnen groepen, bijvoorbeeld over opvoedingsdoelen (zie onder andere Cartledge & Simmons-Reed 2002), of attributie van emotionele en gedragsproblemen (Armistead et al. 2004). Ook (collectieve) behoeftepeiling en (individuele) dialoog en afstemming vormen belangrijke manieren om tot gedeelde definities van de problemen en hun oplossingen te komen (zie verder onder 'diagnose' en 'betrokkenheid').

Consensus (vooraf) is overigens niet in alle gevallen nodig of wenselijk, laat staan volledige aanpassing aan de visie en wensen van de cliënt. Zeker in de migratie- en minderheidscontext kan (culturele) adaptatie van belang zijn, waarbij de hulpvrager de professional nodig heeft om doelen te formuleren die nog buiten diens blikveld liggen. Ook in dat geval is werken vanuit de beginsituatie en mogelijkheden van de cliënt wel van belang. Dit geldt bijvoorbeeld ook als interventie onder dwang of drang aan de orde is.

'Framing' van interventiedoelen

Voorts kan vertaling van interventiedoelen nodig zijn in termen van de voor klanten belangrijke waarden, opvattingen en strategieën (Bernal et al. 1995). Als het doel bijvoorbeeld is om opvoeders een meer autoritatieve benadering van hun kinderen bij te brengen, kan worden gewezen op het belang van een dergelijke opvoeding voor succes op school. Ook hier is dus kennis over de doelgroepen en overleg gericht op afstemming van belang.

Aandacht voor specifieke achtergronden en ervaringen

Bij het bepalen van interventiedoelen en hun *framing* is rekening te houden met het bestaan van specifieke culturele achtergronden, maar wel met een dynamisch cultuurbegrip voor ogen. Tussen en binnen groepen en tussen en binnen gezinnen kunnen zich grote verschillen voordoen. En over generaties heen vinden grote veranderingen plaats, bijvoorbeeld in opvoedingsmodellen en daarmee in opvoedingsvragen (bijvoorbeeld Distelbrink, Geense & Pels 2005; Pels & Distelbrink 2000; Pels & De Grijter 2005).

Verder moeten we rekening houden met specifieke omstandigheden en ervaringen van gezinnen/jeugdigen, zoals acculturatieproblematiek en (ervaren) kansloosheid of stigmatisering, afwezigheid van sociale steun en transnationalisme. Specifieke copingstijlen, beeldvorming en (defensieve) attitudes kunnen resulteren uit interactie met ongunstige omstandigheden op sociaal, economisch en politiek vlak (zie ook APA guidelines). De Angelsaksische literatuur maakt bijvoorbeeld melding van strategieën van 'racial socialization' (Coard et al. 2004), zoals een nadruk op culturele overdracht en trots, voorbereiding op negatieve beeldvorming of aanwakkeren van etnisch of religieus wantrouwen (Hughes & Chen 1999). Ook een gebrek aan (voldoende of geschikte) sociale steun bij armoede kan van invloed zijn (Boyd, Diamond & Bourjolly 2006). Dergelijke omstandigheden kunnen leiden tot wantrouwen in professionals (bijvoorbeeld Sarno Owens et al. 2007; Armistead et al. 2004). De literatuur biedt aanknopingspunten om hierop in te spelen.

Het gaat hier om denkbeelden, attitudes en gedrag die zich vaak niet direct presenteren, maar die de verhoudingen, bijvoorbeeld met de professional, kleuren en ook kunnen nopen tot herformulering of aanvulling van interventiedoelen. De professional zou in staat moeten zijn om hierover in de dialoog met cliënten duidelijkheid te krijgen en vervolgens tot de nodige aanpassingen te komen.

Methodiek: ecologische validiteit

Methoden en taken moeten ecologisch valide zijn, dat wil zeggen oog hebben voor de realiteit van de cliënt. Dit geldt voor de factoren die algemeen werkzaam geacht worden zowel als voor de interventiespecifieke factoren. Voor etnische minderheidsgroepen kan ecologische validiteit bijvoorbeeld betekenen dat een community-, netwerk- of familiebenadering raadzamer is dan individuele behandeling (Breuk et al. 2007). Systemische benaderingen hebben – althans in de U.S. – veel meer effect op de reductie van gedragsproblematiek dan interventies die zich alleen op jongeren richten; dit geldt zowel voor traditionele als voor geaccultureerde minderheidsgroepen (Tobler & Kumpfer 2000). Ook kan het soms meer voor de hand liggen om vrouwelijke familieleden te betrekken in plaats van vaders (Distelbrink, 2000; Boyd et al., 2006). Het is van belang waar nodig rekening te houden met geldende generatie- en sekseverhoudingen, maar er moet ook oog zijn voor veranderingen daarin (bijvoorbeeld Breuk et al., *ibid.*).

Veel interventies doen een sterk appèl op de cognitieve en verbale vermogens van cliënten, op hun vermogen tot zelfverantwoordelijkheid of bereidheid tot psychologiseren. Laagopgeleide migranten kunnen niet altijd aan dergelijke voorwaarden voldoen en kunnen mogelijk meer gebaat zijn bij modeling of geleide participatie (bijvoorbeeld Pels & De Haan, 2003). Ook kan meer investering nodig zijn in de vertrouwensband of in psycho-educatie (Bellaart, 2003). Meer in het algemeen is ruimte nodig voor differentiatie in het protocol. Ten slotte kan het nodig zijn specifieke aanwijzingen te geven over competenties die van professionals te verwachten zijn bij de betrokken interventie.

Communicatie

Doorgaans geldt in interventies het geschreven en/of gesproken woord als belangrijkste vehikel in het leerproces. De effectiviteit ervan staat of valt dan ook met een effectieve communicatie. Voor een belangrijk deel gaat het hier om het principe van responsiviteit. Hier is dit principe toegespitst op specifieke aspecten van de communicatie met cliënten.

Het kan nodig zijn om in gesprek met cliënten gebruik te maken van de ‘eigen’ taal, bijvoorbeeld door inzet van tolken en vertaalde materialen (zie Bellaart, 2001). Welke taal ook in gebruik is, aanpassing van taalgebruik kan nodig zijn bij tweetaligen, in het bijzonder laagopgeleiden en analfabeten. Het kan raadzaam zijn abstracties te vermijden, zeker als deze de eigen werkelijkheid van cliënten te buiten gaan, en vaak ook schriftelijke communicatie. Voor de communicatie zijn eventueel meer audiovisuele materialen te gebruiken. Ook extra checken of boodschappen begrepen zijn kan van belang zijn (APA guidelines; Armistead et al. 2004; Bernal et al. 1995; Cartledge et al. 2002; Knipscheer en Kleber 2004; Nix et al. 2005).

Veel kan verder afhangen van de communicatie over de problemen en de behandeling. Het is aan te raden symbolen, concepten en gezegden te gebruiken waardoor mensen zich ‘thuis voelen’, bijvoorbeeld bij introductie van de behandeling (Bernal et al. 1995; Boyd et al. 2006; Knipscheer & Kleber 2004; Knipscheer 2007).

Competenties van professionals

In de context van diversiteit is de kern van competent professioneel handelen vooral: sensitiviteit kunnen opbrengen voor overeenkomsten en verschillen, bijvoorbeeld in omgangsvormen (zie Matos et al. 2006). Sensitiviteit houdt verder in: culturele vooroordelen vermijden, maar ook vooroordelen op basis van sociaal-economische positie, gezinsstructuur, gender, generatie, acculturatie (zie bijvoor-

beeld Law 2007). Ook de bereidheid tot en vaardigheid in het winnen van vertrouwen en onderhouden van nauw persoonlijk contact kan van belang zijn bij het vormgeven van de (hulp)relatie (Bernal et al. 1995). Sue en Zane (1987) spreken van geloofwaardigheid van de professional in de ogen van de cliënt, die vooral tot stand komt doordat de cliënt zich herkent in de conceptualisering van de aan te pakken problemen en behandelingsdoelen en -middelen.

Diversiteitscompetentie

Het concept diversiteitscompetentie is de laatste jaren in Nederland in kaart gebracht door onder anderen Bekker en Frederiks (2005), Knipscheer en Kleber (2004) en Kramer (2004). Het omvat zowel kennis als vaardigheden en attituden waarmee de professional zich optimaal kan instellen op de diversiteitskenmerken van cliënten. Zowel het expertoordeel van professionals als de ervaringskennis van allochtone cliënten wijst uit dat de meest cruciale componenten van diversiteitscompetentie een open en respectvolle houding, zonder vooringenomenheid, en vaardigheid in interculturele communicatie zijn.

Over de mate van benodigde kennis bestaan uiteenlopende meningen. Volgens sommigen is inzicht in de geschiedenis en cultuur van minderheidsgroepen een vereiste, anderen relativeren deze eis. Enige inhoudelijke achtergrondkennis over fenomenologie, etiologie en eventuele specifieke determinanten van probleemgedrag is uiteraard wel relevant. Zo blijken bestaande theoretische modellen probleemgedrag van jongeren uit etnische minderheidsgroepen minder goed te voorspellen (Deković & Asscher, 2008). Maar dergelijke achtergrondkennis is niet voldoende voor een effectieve aanpak. Ook moeten we waken voor generalisering of een statische benadering vanuit culturele recepten (Sue & Zane 1987). Bovendien houdt diversiteitscompetentie niet noodzakelijkerwijs in dat interventies moeten voldoen aan de culturele en waarden van cliënten. Uiteindelijk staat de geloofwaardigheid van de professional in de ogen van de individuele cliënt voorop, en gaat het erom of deze de balans weet te vinden tussen uitvoering van een cursus, behandeling of interventie volgens het protocol en ruimte voor de uniciteit van de cliënt en zijn of haar context.

Bereik en retentie

Een van de grootste vraagstukken in de (jeugd)zorg is die van toeleiding naar voorzieningen en preventie van voortijdige uitval: hoe cliënten van niet-westerse afkomst te bereiken en vervolgens vast te houden?

Bij de benadering van cliënten en bij de vormgeving van randvoorwaarden voor deelname dient aandacht voor diversiteit een rol te spelen. Zo kan sprake zijn van barrières als wantrouwen tegenover de hulpverlening, die voortkomen uit eerdere negatieve ervaringen, negatieve percepties van de voorzieningen, angst voor stigmatisering en de gevolgen daarvan (bijvoorbeeld Armistead et al. 2004). Ook de oververtegenwoordiging in de niet-vrijwillige, zwaardere hulpverlening heeft een negatief effect op het imago van de jeugdzorg en het gebruik ervan bij migranten en hun kinderen. De hulp kan mede daardoor als zeer ingrijpend gelden (bijvoorbeeld Breland-Noble, Bell & Nicolas 2006).

Overbruggen van de afstand

De afstand tussen vraag en aanbod door de genoemde omstandigheden is op verschillende manieren te overbruggen. Een belangrijke manier is extra investeren in de toeleiding naar het aanbod met hulp van intermediaire personen of instellingen. Het betrekken van sleutelpersonen door toeleiding met tussenkomst van paraprofessionals kan goed werken (De Gruijter et al. 2007), evenals het betrekken van zelforganisaties en 'vindplaatsgericht werken' op scholen of bij zelforganisaties (Bellaart & Azrar 2003; Ponzoni 2012).

Het spreekt vanzelf dat cliënten een goede voorlichting krijgen over de interventie, de werkwijze en zaken als vertrouwelijkheid en geheimhouding. Het kan daarnaast van belang zijn voldoende tijd en aandacht te besteden aan het 'verbinden aan' en motiveren voor de interventie (Breuk et al. 2007; 'engagement work' zie Santisteban et al. 2006).

Niet direct interventiegebonden activiteiten

Vertrouwen is verder op te bouwen door communicatie die niet direct therapiegebonden is, een meer persoonlijke benadering, huisbezoeken en warm houden van contacten, ook tijdens de behandeling

(Adriani 1993; Bouhalhoul & Van der Zwaard 1996; Breuk et al. 2007). Voorts kan het helpen iets voor de community te doen (Armistead et al. 2004). Ten slotte kan verbreding van de behandeling geboden zijn, zoals erkenning van lichamelijke klachten, een slechte socio-economische positie of acculturatiestress. Er moet waar nodig ruimte zijn om extra praktische hulp te bieden (concrete adviezen, hulp bij maatschappelijke, werkgerelateerde, financiële of huisvestingsproblemen) (Knipscheer & Kleber 2004; zie ook Matos et al. 2006).

Referentie

Pels, T., Distelbrink, M. & Tan, S. (2009b). *Meetladder Diversiteit Interventies. Naar verhoging van bereik en effectiviteit van interventies voor verschillende (etnische) doelgroepen*. Utrecht: Verwey-Jonker instituut.⁷

⁷ Voor de bronnen in deze tekst verwijzen wij naar de rapportage, zie http://www.verwey-jonker.nl/doc/multicultureel/Meetladder%20diversiteit%20interventies_2636.pdf

Bijlage VIII Bij de samenwerkende partners lopend onderzoek

Momenteel lopen er diverse onderzoeksprojecten binnen het jeugddomein die betrekking hebben op cliënt-, professional- en alliantiefactoren en zorgrendement. Omdat de projecten nu worden uitgevoerd en er enkel gedeeltelijke of voorlopige resultaten beschikbaar waren ten tijde van deze kennisinventarisatie, zijn de resultaten nog niet meegenomen in dit rapport. Wel is het zinvol om deze ontwikkelingen en aanstaande kennis mee te nemen bij de uitvoering van het programma 'Effectief werken in de jeugdsector'.

Verwey-Jonker Instituut en Kenniswerkplaats Tienplus

De Universiteit Utrecht werkt in samenwerking met het Verwey-Jonker Instituut aan onderzoek naar internaliserende problematiek bij migrantenjongeren vergeleken met autochtone jongeren. Ook vroegtijdige probleemherkenning en doorgeleiding naar zorg vormen punten van aandacht. Het onderzoek mondt uit in een plan van aanpak ter verbetering hiervan.

Vanuit Kenniswerkplaats Tienplus vindt onderzoek plaats naar de aansluiting tussen de interventie Triple P en migrantengezinnen, zowel op basis van de bevindingen van ouders als professionals. Ook de aanpassingen die individuele professionals maken op basis van hun ervaringen, bijvoorbeeld met laaggeletterdheid of culturele diversiteit, vormen een punt van aandacht. Daarnaast vindt methodiekbeschrijving plaats van interventies geïnitieerd vanuit zelforganisaties, die een groot bereik hebben en beter aanslaan onder bepaalde als 'onbereikbaar' te boek staande migrantengroepen.

Kenniswerkplaats Tienplus en het Verwey-Jonker Instituut doen ook onderzoek naar de 'generalist'. Binnen de transitie-proeftuinen in Amsterdam vindt het komende jaar casuïstiek-onderzoek plaats om de verschillende beoogde functies van de generalist, onder andere versterking van de eigen kracht en netwerken van gezinnen, op hun werkzaamheid te onderzoeken. Ook loopt een onderzoek naar professionalisering van de generalist, en hoe deze in een systeem van permanent leren geplaatst kan worden (www.kenniswerkplaats-tienplus.nl).

De Adviescommissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen gaat de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) adviseren over de gewenste ontwikkeling van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. Hierbij baseert zij zich op de toekomstige vraag naar zorg en de maatschappelijke en technologische ontwikkelingen in de zorg. Het doel is om een nieuwe beroepenstructuur voor de (gezondheids)zorg en een daarop afgestemd opleidingscontinuüm te ontwikkelen. Een van de activiteiten ten behoeve van onderbouwing van de advisering is het inrichten van regionale broedplaatsen. TNO gaat voor de regio's de zorgvraag in 2030 in kaart brengen door zorgprofielen en -prognoses te maken en beschikbare databestanden te koppelen (datamining). Het Verwey-Jonker Instituut organiseert in dit kader 30 focusgroepbijeenkomsten.

Begin 2012 is het Verwey-Jonker Instituut gestart met een onderzoek naar de aanpak en ondersteuning van multiprobleemgezinnen in Rotterdam, in opdracht van de GGD Rotterdam. Het onderzoek is er in hoofdzaak op gericht het uitvoeringsproces te voeden en te versterken en richt zich nadrukkelijk op de vraag 'wat werkt voor wie onder welke omstandigheden?' in de aanpak en ondersteuning van multiprobleemgezinnen. Het belangrijkste doel van het onderzoek is het benoemen van werkzame bestanddelen in de interventies die worden ingezet in multiprobleemgezinnen. Dat gebeurt tegen de achtergrond van de aard en ernst van de multiproblematiek en de context daarvan, vanuit de gedachte dat specifieke typen problematiek en context om een (deels) andere aanpak kunnen vragen. In het onderzoek worden ca. 25 casussen, zowel geïndiceerd als niet geïndiceerd, diepgaand onderzocht. Rapportage is voorzien rond de zomer van 2014.

Hogeschool van Arnhem en Nijmegen

Een van de bij HAN lopende initiatieven is 'Samen Sterker', een onderzoeksprogramma waarbij zes Noord-Brabantse jeugdzorgaanbieders, de provincie Noord-Brabant en het lectoraat Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd (HAN) in een meerjarenkader structureel samenwerken aan zes projecten

met 'alliantie' als centraal thema (De Greef & Pijnenburg, 2012; De Greef & Pijnenburg, 2013; Pijnenburg, Mandersloot, & Van Brandenburg, 2012). De projecten hebben betrekking op verschillende typen werkrelaties/allianties (jeugdige - groepsleider; ouder - gezinsbegeleider; ambulant hulpverlener - sociale netwerk van cliënten, en medewerker - leidinggevende) en het rendement van de geboden zorg. In het kader van 'Samen Sterker' zijn en worden diverse instrumenten ontwikkeld die gebruikt kunnen worden om alliantiekwaliteit in kaart te brengen, of om feedback te genereren ten aanzien van de samenwerkingsrelatie tussen cliënten en hulpverleners, en hulpverleners en hun leidinggevende. Daarnaast hebben de projecten kennis opgeleverd over kenmerken van hulpverleners en leidinggevendenden die bijdragen aan hun vermogen tot alliantievorming in met cliënten en medewerkers.

Een tweede initiatief is de ontwikkeling van de jeugdhulpalliantieschaal (JAS; Van Rijsingen & Pijnenburg, 2012) door Gelderse jeugdzorgaanbieders in samenwerking met het lectoraat Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd. Met dit instrument kan de alliantie tussen cliënten en hulpverleners in kaart worden gebracht, en de vragenlijst kan tevens gebruikt worden als middel om met elkaar te spreken over het thema 'alliantie'.

Een derde initiatief, niet van de HAN maar wel in de regio Nijmegen, betreft een onderzoeksproject dat wordt uitgevoerd binnen de jeugd-ggz (Academische Werkplaats Jeugd, Inside-Out, regio Nijmegen). Binnen dit project wordt middels vragenlijsten de alliantie tussen cliënt en therapeut middels vragenlijsten en 'observatiegegevens' (geluidsopnamen van elke sessie) in kaart gebracht en gerelateerd aan het resultaat van hulpverlening (Jansen et al., 2012).

Colofon

Opdrachtgever

ZonMw

Auteurs

Jorien Barnhoorn, MSc - Onderzoeker Lectoraat Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd, Kenniscentrum HAN SOCIAAL Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Marieke de Greef, MSc - Onderzoeker Lectoraat Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd, Kenniscentrum HAN SOCIAAL Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Dr. Huub Pijnenburg - Lector Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd, Kenniscentrum HAN SOCIAAL Hogeschool van Arnhem en Nijmegen
Dr. Suzanne Broeren, Erasmus MC, afdeling Maatschappelijke gezondheidszorg
Grieken, Amy van, MSc, Erasmus MC, afdeling Maatschappelijke gezondheidszorg
Dr. Wilma Jansen, Gemeente Rotterdam, Cluster Maatschappelijke Ontwikkeling, Directie Jeugd & Onderwijs
Prof. dr. Hein Raat, Erasmus MC, afdeling Maatschappelijke gezondheidszorg
Prof. dr. Trees Pels, Senioronderzoeker, Verwey-Jonker Instituut
Dr. Marjolijn Distelbrink, Senioronderzoeker, Verwey-Jonker Instituut

Omslag

Ontwerppartners, Breda

Uitgave namens het consortium

Verwey-Jonker Instituut
Kromme Nieuwegracht 6
3512 HG Utrecht
T (030) 230 07 99
E secre@verwey-jonker.nl
I www.verwey-jonker.nl

De publicatie kan gedownload en/of besteld worden via de website van:

ZonMw

www.zonmw.nl

Verwey-Jonker Instituut

www.verwey-jonker.nl

ISBN 978-90-5830-600-5

© Nijmegen/Rotterdam/Utrecht: HAN, Erasmus MC/Gemeente Rotterdam, Verwey-Jonker Instituut, 2013.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij de HAN, Erasmus MC/Gemeente Rotterdam en het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the HAN, Erasmus MC/Gemeente Rotterdam and the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.



In het ZonMw-programma Effectief werken in de jeugdsector (2012-2019) is veel aandacht voor factoren die – naast de toegepaste interventie – invloed hebben op het resultaat van ondersteuning of hulp in de jeugdsector. In het bijzonder gaat het om factoren die betrekking hebben op ouders en jeugdigen, op beroepskrachten en op de kwaliteit van hun samenwerkingsrelatie ('alliantie').

In opdracht van ZonMw brachten onderzoekers de beschikbare wetenschappelijke kennis over de genoemde factoren in kaart. Hierbij stonden vier domeinen binnen de zorg voor jeugd centraal: het preventieve veld van opvoedsteun, de jeugdgezondheidszorg, de jeugd-ggz en de geïndiceerde jeugdzorg. Daarnaast is aandacht besteed aan actuele ontwikkelingen binnen het beroepsveld, zoals de komst van de generalist.

De verkenning is opgesteld door een consortium van vier samenwerkende partijen: het Verwey-Jonker Instituut, de Kenniswerkplaats Tienplus (Amsterdam), het Kennisnetwerk Zorg voor Jeugd Rotterdam-Rijnmond en het lectoraat Werkzame Factoren in de Zorg voor Jeugd/Kenniscentrum HAN Sociaal van de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen.