



Evidentie in de eerstelijns en preventieve jeugdzorg

Goede kwaliteit van jeugdzorg die effectiever, efficiënter en daarmee betaalbaar blijft, is een voortdurend onderwerp van gesprek tijdens de huidige stelselwijziging jeugd. Van de betrokken professionals gaat veel aandacht en inzet uit naar de jeugdige en het (pleeg)gezin met de allerbeste bedoelingen maar de vraag of het professionele handelen, de ingezette interventie ofwel de geboden ondersteuning, bewezen is en aantoonbaar nuttig of effectief is, blijft nog vaak onderbelicht. Ook blijft de wetenschappelijke en beleidsmatige ondersteuning van de sociale professionals in de jeugdzorg hierbij vaak achter.

dr. Gerialien Holsbrink-Engels
 lector Community Care
 & Youth, Saxion

Het domein van de jeugdzorg beslaat alle vormen van ondersteuning van en hulp aan jeugdigen en hun ouders bij opgroei- en opvoedingsproblemen van geestelijke, sociale of pedagogische aard die de ontwikkeling naar volwassenheid belemmeren. Het gaat daarbij om zowel vrijwillige hulpverlening als gedwongen interventies om hulp in het belang van de jeugdige mogelijk te maken.¹⁾ De jeugdzorg bestaat tot 1 januari 2015 uit een drietal gebieden (zie figuur 1)^{2,3)}: a) de lokale eerstelijns en preventieve jeugdzorg, b) de Bureaus Jeugdzorg (BJ) en c) de geïndiceerde Jeugdzorgvoorzieningen. Het eerste

gebied betreft (a) het gemeentelijk jeugdbeleid (gemeentelijke voorzieningen, zoals zorg in onderwijs (scholen, zorgadviesteams en schoolmaatschappelijk werk), de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en het (jeugd) algemeen maatschappelijk werk), (b) bovengemeentelijke voorzieningen (Bureau Halt, MEE, en de kindziekenhuizen) en (c) de Centra voor Jeugd en Gezin. Het tweede gebied betreft de indicatiestelling (Bureau Jeugdzorg (BJ), Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), huisarts) met de Raad voor de Kinderbescherming. Het derde gebied betreft het geïndiceerde zorgaanbod jeugdzorg. Dit betreft de

wordt deze manier van werken in de jeugdzorg nog niet breed toegepast en ook niet omarmd. Het is nog geen gevestigd onomstreden begrip en een gelopen race.

Slechts vijf procent bewezen effectief

In *Binnenlands Bestuur*⁸⁾ betoogt de Nijmeegse hoogleraar Veerman dat naar zijn inschatting van de duizend mogelijke interventies in de jeugdzorg (lees vooral in de geïndiceerde jeugdzorg) slechts 5 procent bewezen effectief is. Over nog eens 10 procent van de interventies valt hooguit 'met enige indicatie' wat te zeggen over de effectiviteit. Ongeveer 30 procent van de interventies is theoretisch onderbouwd zonder dat er onderzoeksgegevens zijn. "Maar van bijna 60 procent van alle interventies weten we het gewoon niet!", zegt Veerman. Kortom, in vrijwel elke werksituatie van de jeugdzorg wordt nog onvoldoende met evidentie gewerkt. Evidenties verkregen via zorgvuldig uitgevoerd onderzoeken zijn nog jammer genoeg niet in voldoende mate voorhanden. Hierdoor is sprake van een gebrek aan eenduidig, herkenbaar methoden gebruik die worden inzet door de professionals.

Wat kunnen we doen als er weinig wetenschappelijk bewijs voorhanden is? Goed onderzoek vergt immers veel tijd. De verleiding is aanwezig om het (weinig) onderzoek dat wel beschikbaar is, als waar aan te nemen. Een kritische blik naar de kwaliteit van het onderzoek blijft altijd nodig en echt onmisbaar. Daarnaast kan een gebrek aan bewijs de jeugdzorg uitdagen (in plaats van verlammen) tot een meer reflectieve praktijkvoering waarin pedagogisch documenteren en meten standaard een onderdeel uitmaken van de dagelijkse werkzaamheden uitgevoerd door de sociale professionals.

Werken met evidentie: een droom of realiteit?

Een deel van de sociale professionals in de jeugdzorg wil graag toe naar een de situatie waarin interventie met evidentie in de jeugdzorg worden ingezet terwijl een ander deel van de professionals denkt dat het geen haalbare kaart zal zijn. De argumenten tégen die genoemd worden zijn divers van aard. Hieronder worden ze kort toegelicht zonder uitputtend te willen zijn.

De variëteit, van de geschatte duizend mogelijke interventies binnen de jeugdzorg, is tot ontwikkeling gekomen omdat het sociale domein vooral op het gebied van de lokale eerstelijns en preventieve jeugdzorg geen duidelijke en wetenschappelijke equivalent kent. De praktijk binnen de sector baseert zich op inzichten uit de diverse, min of meer verwante, sociale wetenschappen, maar kent, anders dan bijv. de technische of economische beroepsopleidingen, in Nederland geen universitaire studie op het gebied van community care. Hierdoor kan het domein minder gemakkelijk terugvallen op een onderzoekstraditie, met vastgestelde en gevalideerde methodieken en maatstaven.

Het werkveld en de beroepsopleidingen zijn nog te weinig gewend wetenschappelijke onderzoeksresultaten te

gebruiken. Dat komt mede omdat het meeste onderzoek in het sociale domein gericht is op beleidsvragen, gebruikt wordt voor een politieke agenda en slechts in beperkte mate is gericht op effectiviteit van interventies c.q. professioneel ondersteunen. Het onderzoek is in het sociale domein trend en politiekgevoelig.

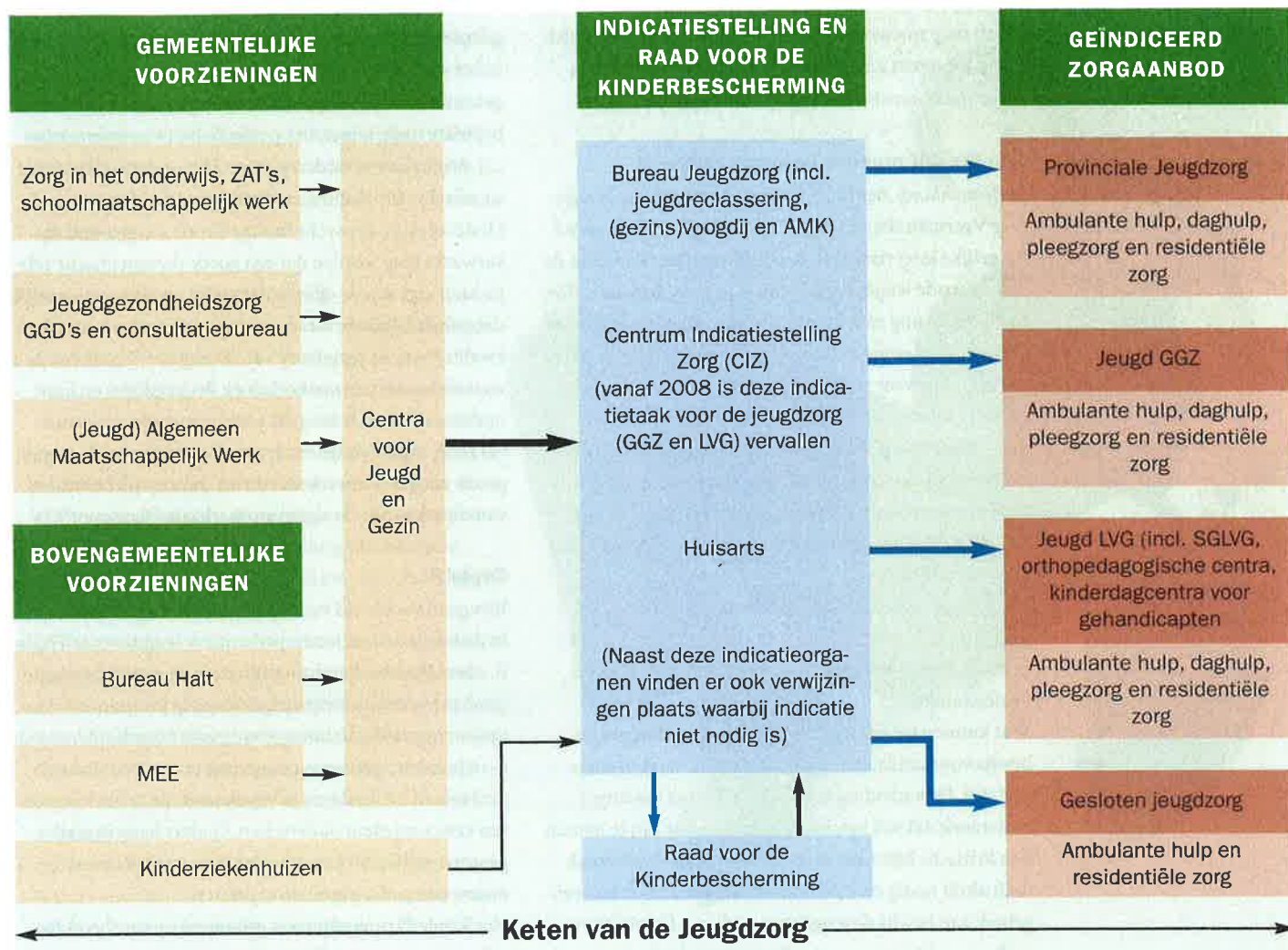
Onderzoek in de psychotherapie heeft aangetoond dat verwacht mag worden dat een goede therapeutische relatie bijdraagt aan de effectiviteit.^{9,10)} Het lijkt aannemelijk dat ook de bijdrage van de sociale professionals aan de kwaliteit van de jeugdzorg van belang is^{11,12)}, omdat de werkers – naast de methodiek en de jeugdigen en hun ouders zelf – een belangrijk instrument zijn om voor verandering en verbetering van de situatie van de jeugdigen te zorgen. De werkers zijn een belangrijk onderdeel van de zogenaamde algemeen werkzame factoren.¹¹⁻¹⁴⁾

Triple P

Een goed voorbeeld van 'bewezen effectieve interventie' in de lokale eerstelijns en preventieve jeugdzorg is Triple P, ofwel Positive Parenting Program¹⁵⁾, positief pedagogisch programma is een laagdrempelig programma voor opvoedingsondersteuning voor ouders met kinderen van 0-16 jaar om probleemgedrag en (ernstige) emotionele problemen bij kinderen te voorkomen door het bevorderen van competent ouderschap. Ouders leren hoe zij gewenst gedrag bij hun kind kunnen stimuleren en ongewenst gedrag kunnen reguleren.

Het Triple P-programma is gebaseerd op zes theoretische uitgangspunten¹⁶⁾ die wereldwijd erkend zijn:

- **Belang van maatschappelijke context:** de gedragsverandering van jeugdigen vindt in een brede maatschappelijke context plaats. Informatie hierover moet voor een breed publiek toegankelijk zijn en algemeen geaccepteerd. Het eerste niveau van Triple P, de publiekscampagne, speelt daarbij een belangrijke rol.
- **De sociale leertheorie** gaat ervan uit dat ouders en kinderen elkaar wederzijds beïnvloeden. Antisociaal gedrag van kinderen wordt volgens dit model voorspeld door dwingende en niet werkende opvoedpatronen. Door ouders te leren op een positievere manier met hun kinderen om te gaan, kan antisociaal gedrag tijdig worden omgebogen.
- **Theorieën over gedragsverandering** worden gebruikt om gedrag te veranderen. Zo is bekend dat als kinderen opgroeien in een positieve, plezierige omgeving hun gedragsproblemen verminderen.
- **Ontwikkelingspsychologie van opvoeden.** Ouders krijgen informatie over de ontwikkeling van het kind en het gedrag dat bij een bepaalde leeftijd hoort.
- **Sociale informatietheorie.** Deze theorie benadrukt de belangrijke rol van gedachten (verwachtingen, opvattingen en ambities) die ouders hebben en de invloed daarvan op bijvoorbeeld hun besluitvaardigheid, zelfbekwaamheid en de bedoelingen van hun gedrag. In Triple P worden ouders aangemoedigd anders tegen het gedrag van kinderen en henzelf aan te kijken.



Figuur 1 Keten van de jeugdzorg

provinciale jeugdzorg (PJZ), de justitiële jeugdzorg (JJZ), de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (GGZ-1) en de zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking.

Werken met evidentie in de jeugdzorg

Werken met evidentie in de jeugdzorg wordt in dit artikel omschreven als het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik maken van het beste (empirische) bewijsmateriaal om beslissingen te nemen voor de kwalitatief beste ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en hun ouders. De praktijk van het werken met evidentie impliceert het integreren van individuele werkervaring met het beste bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is. De voorkeuren, wensen en verwachtingen van jeugdigen en hun ouders spelen bij de besluitvorming een centrale rol (geïnspireerd door Offringa, Assendelft en Scholten⁴).

Het belangrijkste doel van werken met evidentie is het toepassen van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en andere evidentie in de beroepspraktijk om de kwaliteit van de ondersteuning, hulp en zorg te verbeteren en geleverde ondersteuning, hulp en zorg te verantwoorden.⁵ Onder evidentie wordt verstaan de kennis

die gebaseerd is op verschillende bronnen, die getoetst is en die betrouwbaar is gevonden.⁶ De Engelse term evidence wordt hier dus gebruikt voor alle soorten kennis, dus ook professionele en persoonlijke kennis van sociale professionals en cliënten. De term bewijs wordt in dit artikel gebruikt voor kennis die gebaseerd is op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek zowel kwantitatief als kwalitatief van aard. In de Nederlandse taal worden deze termen als evidentie, bewijs en evidence vaak door elkaar gebruikt.

Het gaat bij werken met evidentie in de jeugdzorg erom de jeugdigen en hun ouders beter te bedienen vanuit een kwaliteitsverbetering van de geboden ondersteuning, hulp en zorg. Dit kan worden bereikt door een mix en de integratie van het beste wetenschappelijke bewijs met praktijk ervaring en waarden, voorkeuren en verwachtingen van jeugdigen en hun ouders.⁷ De wetenschappelijke onderbouwing kan inzicht geven in de effectiviteit en efficiëntie van een interventie (wat werkt en waarom?) en in de mate waarin de interventie aansluiten bij de wensen en behoeften van de jeugdigen en hun ouders. Bovendien draagt het bij aan de transparantie in werkwijzen en resultaten en biedt het de sociale professionals een goed uitgeruste gereedschapskist. Ondanks deze voordelen

- **Ontwikkelingspsychopathologie.** Ouders krijgen kennis over de risico- en beschermende factoren voor de ontwikkeling van psychopathologie bij kinderen en adolescenten. Risicofactoren waarop Triple P zich richt zijn een inconsistente opvoedingsstijl, gebrekkige opvoedingsvaardigheden, relatieproblemen en opvoedstress.

Vijf niveaus van ondersteuning

Triple P onderscheidt vijf niveaus van ondersteuning, hulp en zorg.

- **Niveau 1:** Universeel. Hier gaat om massamediale anticiperende voorlichting over veel voorkomende opvoedingsvragen en ontwikkelingsaspecten. Zij is bedoeld voor ouders met kinderen van 0-16 jaar die geïnteresseerd zijn in informatie over opvoeding en het stimuleren van de ontwikkeling van kinderen. Uitgevoerd door landelijke media en samenwerkende lokale en regionale instellingen.
- **Niveau 2:** Selectief. Gerichte informatie bij veel voorkomende opvoedingsvragen. Individueel advies van 2 x 10 minuten of een groepsgericht aanbod van lezingen. Uitgevoerd door professionals die frequent contact hebben met ouders zoals peuterspeelzaalmedewerkers, JGZ-medewerkers, interne begeleiders, huisartsen etc.
- **Niveau 3:** Basiszorg. Kortdurende individuele consultatie (1-4 sessies van 30 minuten) gericht op het versterken van de opvoedingsvaardigheden. Uitgevoerd door onder andere JGZ-medewerkers, (school-)maatschappelijk werkers, MEE-consulenten.
- **Niveau 4:** Standaard/groep/zelfhulp. Intensieve vaardigheidstraining in drie varianten (individuele sessies (8-10), groepstraining (acht sessies), zelfhulpprogramma. Uitgevoerd door professionals in de geïndiceerde jeugdzorg of jeugd-ggz, Ggv (gespecialiseerde gezinsverzorging), MEE, speciaal onderwijs.
- **Niveau 5:** Triple P Plus. Intensief gezinsgericht programma, 10-18 sessies met keuzemodules gericht op het vergroten van pedagogische vaardigheden, omgaan met stress en relatieproblemen. Uitgevoerd door instellingen voor geïndiceerde jeugdzorg of jeugd-ggz.

Onderzoek naar Triple P

Internationaal zijn twintig studies bekend naar de verschillende niveaus van het programma.¹⁷⁾ Het onderzoek toont aan dat ook na 6 en 12 maanden er sprake is van afname van de gedragsproblemen bij de jeugdige en een verbetering van de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Ouders en kinderen gaan positiever met elkaar om.

Op dit moment wordt in Nederland op een vijftal plaatsen nader onderzoek uitgevoerd naar Triple P door verschillende onderzoeksinstituten:

- Triple P voor ouders van prematuur geboren kinderen (Universiteit Utrecht).



- Primary Care Triple P (Universitair Medisch Centrum Groningen).
- Preventie, ontwikkeling interventie gebaseerd op de Triple P uitgangspunten om ouders van 4-jarige kinderen met overgewicht te begeleiden (Universiteit van Maastricht).
- Home Start-Triple P (Universiteit van Amsterdam).
- Effectonderzoek Stepping Stones (Universitair Medisch Centrum Groningen).

Trimbos-instituut voert onderzoek uit naar de implementatie van nieuwe onderdelen van Triple-P (bijvoorbeeld voor ouders met kinderen met en verstandelijke of lichamelijke beperking, gezinnen met risico op kindermishandeling en voor ouders met tieners). Bovendien worden landelijk via een digitale monitor cijfers in kaart gebracht.¹⁸⁾

Tegelijkertijd laat de systematische review en meta-analyse van Wilson et al.¹⁹⁾ zien dat het werken met 'bewezen effectieve interventie'-Triple P nog geen gelopen race is vooral als nader wordt ingezoomd op de bewezen effectiviteit voor de ouders. In hun meta-analyses vinden zij een middelgroot effect voor de moeder maar nauwelijks of geen significant effect voor vaders. Ook wijzen zij op het gevaar van belangenverstremeling. Tweeëndertig van de 33 geïnccludeerde studies in hun meta-analyse naar Triple P zijn uitgevoerd door personen/ onderzo-

kers met aantoonbare sympathie voor en betrokkenheid bij Triple P. In slechts twee onderzoeken wordt, van deze mogelijke bias, melding gemaakt. De andere onderzoekers zien en of ervaren dit mogelijke knelpunt kennelijk niet.

Uitdagingen voor de jeugdzorg

In dit artikel is uiteengezet dat het baseren en verantwoordwoorden van de ondersteuning, hulp en zorg in de jeugdzorg op basis van recente evidentie nog in de kinderschoenen staat. De besluitvorming van sociale professionals dient in dit kader steeds transparanter te worden en de bereidheid om hierover verantwoording af te leggen dient steeds groter te worden. Een belangrijke voorwaarde is dat er meer dient te worden gedocumenteerd en meer in de praktijk dient te worden gemeten. Door na elke interventie meer gegevens systematisch vast te leggen krijgen professionals een beeld bij wie wel en bij wie geen voortgang is geboekt. Als dit op grotere schaal gebeurt, kunnen patronen worden ontdekt. Dit pedagogisch documenteren en monitoren vergroot de kennis over wat werkt en in de jeugdzorg en wat niet.

Hier lijkt een belangrijke rol voor de professionals als 'lerende professionals' te zijn weggelegd. Zij bezitten of ontwikkelen het vermogen om een vertaalslag te maken van het generieke (theorie) naar het specifieke (de praktijk/N=1). De sociale professionals integreren in feite wetenschappelijke kennis, cliëntspecifieke gegevens, praktijkervaring en organisatorische randvoorwaarden. Hierbij is rol als 'reflective practitioner' van wezenlijk belang op zowel de keuzes die leiden tot het ondersteunen, bieden van hulp en zorg in de jeugdzorg als daadwerkelijk uitvoeren van de ondersteuning in de praktijk. Deze visie op de sociale professionals, die het dichten van de kloof tussen theorie en praktijk in het belang van hun cliënten zien, heeft consequenties. Het betekent dat het bijhouden van vakliteratuur en de bewustwording van het belang van onderzoek voor de praktijk integrale onderdelen zijn van hun beroepsmatig handelen. Zij voelen en zijn er zelf verantwoordelijk voor. Daarnaast biedt het werken met evidentie in de jeugdzorg de mogelijkheid om de internationale vergelijking te bewerkstelligen tussen de jeugdzorg in Nederland, Europa en de wereldbreed. De overheveling van de jeugdzorg van rijk naar de gemeente in 2015 biedt een nieuwe kans om er een serieus en diepgaand naar te kijken.

Literatuur

- 1) Thesaurus Zorg en Welzijn, geraadpleegd 20 september 2013.
- 2) Holsbrink GA, de Swart JJW. Opleiden voor de Jeugdzorg vanuit HSAO perspectief. Enschede: Saxion, Kenniscentrum Gezondheid, Welzijn & Technologie; 2008.
- 3) Zwikker N, Hens H. Jeugdzorg in kaart. Amsterdam: SWP; 2008.
- 4) Offringa M, Assendelft WJJ, Scholten RJPM. Inleiding in evidence-based medicine: klinisch handelen gebaseerd op bewijsmateriaal. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum; 2000.
- 5) de Swart JJW, van den Broek H, Stams GJJM, Asscher JJ, van der Laan PH, Holsbrink-Engels GA, van der Helm GHP. The effectiveness of institutional youth care over the past three decades: a meta-analysis. *Children and Youth Services Review* 2012; doi:10.1016/j.chilcyouth.2012.05.015.
- 6) Higgs J, Jones M. *Clinical reasoning in the health professionals*. Oxford: Butterworth Heineman; 2000.
- 7) Franx GC, Eland A, Verburg H. Transparente zorg in de GGZ: van de bomen en het bos. Onderscheid en samenhang tussen richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2002; 57(11):1036-1050.
- 8) Interview Willem Jan Veerman door Hans Bekkers, ik wil cijfers zien, meetresultaten. *Binnenlands Bestuur* 2013; 34(17):12-15(4).
- 9) Karver MS, Handelsman JB, Fields S, Bickman L. Meta-analyses of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: the evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clin Psychol Rev* 2006; 26:50-65.
- 10) Shirk SR, Karver M. Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71(3):452-464.
- 11) Lambert MJ, Bergin AE. The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL, editors. *Handbook of psychotherapy and behavioral change: an empirical analysis*. New York: John Wiley; 1994. p. 143-184.
- 12) van Yperen T, van der Steege M. Methodiek en hulpverlener tellen allebei. *Jeugd en Co Kennis* 2010; 2:28-37.
- 13) van der Laan PH. Over straffen, effectiviteit en erkenning: de wetenschappelijke onderbouwing van preventie en strafrechtelijke interventies. *Justitiële Verkenningen* 2004; 30:31-48.
- 14) van Yperen T, Loeffen M, van den Berg I, Lekkerkerker L. Jeugdzorg op orde: ontwerp van een ordeningsmodel voor preventieve, curatieve en repressieve interventies. Utrecht: NIZW Jeugd/Collegio; 2005.
- 15) www.triplep-nederland.nl.
- 16) Speetjens P, de Graaf I, Blokland G. *Het fundament van Triple P: theoretische onderbouwing en onderzoek*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2007.
- 17) de Graaf I, Onrust S, Speetjens P. *De effectiviteit van Triple P*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2009.
- 18) www.praktikon.nl/nieuws/tripl-p-monitor.
- 19) Wilson P, et al. How evidence-based is an evidence-based parenting program? A PRIMA systematic review and meta-analysis of Triple P. *BMC Med* 2012; 10:130 (<http://www.biomed-central.com/1741-7015/10/130>).