

De cirkel is rond

**Onderzoek naar succesvolle implementatie
van interventies in de jeugdzorg**

Karlijn Stals

De cirkel is rond

Onderzoek naar succesvolle implementatie van interventies in de jeugdzorg

Academisch proefschrift, Universiteit Utrecht

Met samenvatting in het Engels (With a summary in English)

ISBN: 978-94-6191-331-9

Omslag: Ipskampdrukkers B.V., Matthijs Ariëns

Druk: Ipskampdrukkers B.V.

© 2012 **Karlijn Stals**

Alle rechten voorbehouden. Niets van deze uitgave mag worden verveelvoudigd of worden opgeslagen in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

De cirkel is rond

Onderzoek naar succesvolle implementatie van interventies in de jeugdzorg

The circle is complete

Research on successful implementation of interventions in youth care
(with a summary in English)

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Universiteit Utrecht
op gezag van de rector magnificus
prof.dr. G.J. van der Zwaan,
ingevolge het besluit van het college voor promoties
in het openbaar te verdedigen
op vrijdag 29 juni 2012 des middags te 2.30 uur

door

Karlijn Stals

geboren op 1 februari 1983
te Utrecht

Promotoren

Prof.dr. T.A. van Yperen

Prof.dr. G.J.J.M. Stams

Co-promotoren

Dr. W.J.M. Reith

Dr. E. Wortel

Leden Beoordelingscommissie

Prof.dr. A.L. van Baar

Dr. L. Boendermaker

Prof. dr. P.P. Goudena

Prof. dr. E.J. Knorth

Prof. dr. B. Orobio de Castro

Inhoudsopgave

Inleiding	11
1 Het belang van implementatie voor de jeugdzorg	13
1.1 Aanleiding van het onderzoek.....	13
1.2 Achtergrond: het jeugdzorgveld.....	15
1.3 Verbetering van de jeugdzorg.....	20
1.4 Implementatievraagstuk	24
1.5 Doelstelling en vraagstelling	27
1.6 Opzet en opbouw van dit proefschrift.....	29
Deel I Theorie	31
2 Implementatie van interventies in de jeugdzorg: definitie en model	33
2.1 Definitie van implementatie.....	33
2.2 Planmatige en procesmatige aanpak	34
2.3 Uitvoering en uitkomsten.....	36
2.4 Duurzaamheid	41
2.5 Model voor implementatie.....	42
3 Factoren van succesvolle implementatie volgens de literatuur	43
3.1 Dataverzameling.....	43
3.2 Fasering van het implementatieproces	45
3.3 Determinanten van het implementatieproces	48
3.4 Implementatiestrategieën en -activiteiten	59
3.5 De ‘fit’ van een strategie	63
3.6 Samenvatting literatuur.....	68
4 Factoren van succesvolle implementatie in de praktijk	69
4.1 Inleiding.....	69
4.2 Dataverzameling.....	71
4.3 Fasering van het implementatieproces	73
4.4 Determinanten van het implementatieproces	77
4.5 Implementatiestrategieën en -activiteiten.....	80
4.6 Samenvatting implementatie in de praktijk.....	83

Deel II Operationalisatie	85
5 Meten van een implementatieproces met de implementatiemonitor.....	87
5.1 Inleiding.....	87
5.2 Methodiek Ambulante Hulp.....	90
5.3 Implementatiemonitor Methodiek Ambulante Hulp.....	99
5.4 Samenvatting.....	107
6 Deelstudie: meten van houding ten opzichte van verandering	109
6.1 Inleiding.....	109
6.2 Methode.....	113
6.3 Resultaten	117
6.4 Discussie	122
6.5 Samenvatting.....	125
7 Deelstudie: meten van competenties van hulpverleners.....	127
7.1 Inleiding.....	127
7.2 Methode.....	133
7.3 Resultaten	138
7.4 Discussie	142
7.5 Samenvatting.....	145
Deel III Empirische toetsing	147
8 Jeugdformaat: implementatie in enge en brede zin.....	149
8.1 Inleiding.....	149
8.2 Methode.....	153
8.3 Resultaten	168
8.4 Discussie	188
8.5 Samenvatting.....	206
9 Bureaus Jeugdzorg: implementatie in enge zin.....	209
9.1 Inleiding.....	209
9.1.1 De Deltamethode Gezinsvoogdij	212
9.2 Methode.....	214
9.3 Resultaten	221
9.4 Discussie	228
9.5 Samenvatting.....	231

Reflectie	233
10 Discussie	235
10.1 Inleiding.....	235
10.2 Conclusies.....	237
10.3 Opbrengst van dit onderzoek.....	243
10.4 Bereik en beperkingen	252
10.5 Implicaties voor verder onderzoek en de praktijk.....	263
10.6 Tot besluit.....	271
Literatuur	273
Samenvatting	293
Summary	301
Bijlagen	309
Dankwoord	331
Over de auteur	337

Inleiding

1 Het belang van implementatie voor de jeugdzorg

1.1 Aanleiding van het onderzoek

Steeds meer jeugdzorgorganisaties maken werk van het monitoren van resultaten en het verbeteren van hun aanbod. Jeugdformaat, een jeugdzorgaanbieder uit de regio Haaglanden, loopt in de landelijke ontwikkelingen voorop als het gaat om het monitoren van de resultaten van het hulpaanbod. Sinds een aantal jaren verzamelt de organisatie bij alle cliënten – jeugdigen en hun ouders – informatie over voortijdig beëindigen van de hulp, probleemafname, competentievergroting, doelrealisatie en cliënttevredenheid. Deze gegevens benut Jeugdformaat voor het zichtbaar maken van resultaten en het verbeteren van de hulp binnen de organisatie, voor externe verantwoording aan financiers en om bij te dragen aan zicht op de effectiviteit van de jeugdzorg in Nederland (Geurts, Lekkerkerker, Van Yperen, & Veerman, 2010; Reith, 2010). Naast het meten van *resultaten van de hulp* wil Jeugdformaat meer zicht op de *uitvoering van de hulp*, omdat zij verwacht dat de effectiviteit van het hulpaanbod samenhangt met de kwaliteit van de uitvoering.

Het jeugdzorgveld wil hulp aan jeugdigen en gezinnen vorm geven aan de hand van goed onderbouwde methodieken, hier aangeduid als ‘interventies’¹. Deze moeten professionals ondersteunen in hun handelen bij het handen en voeten geven aan de algemeen werkzame factoren van hulpverlening. Bovendien geeft een interventie aan welke werkwijze bij specifieke problematiek aangewezen is. Bij sommige hulpvormen kiezen organisaties ervoor om met bestaande, effectief gebleken methodieken te werken, maar de jeugdzorgorganisaties ontwikkelen en beschrijven ook zelf interventies. Zij willen dat hulpverleners deze interventies daadwerkelijk gebruiken in hun hulp aan jeugdigen en gezinnen. Dit houdt in dat de interventies geïmplementeerd moeten worden.

¹ Interventie is een verzamelnaam voor doelgerichte en planmatige aanpakken die gericht zijn op het bevorderen van de psychische, sociale, cognitieve en lichamelijke ontwikkeling van jeugdigen waar deze (mogelijk) wordt bedreigd (<http://www.jeugdinterventies.nl>). Een gestandaardiseerde aanpak om vroegtijdig kindermishandeling te signaleren is bijvoorbeeld een interventie, net als een trainingsprogramma voor het vergroten van sociale vaardigheden, of een aanpak voor versterking van opvoedingsvaardigheden van ouders.

Implementeren blijkt in de praktijk een lastig vraagstuk (Van Yperen & Bakker, 2008). In een standaard implementatietraject krijgen betrokken hulpverleners meestal een training om bekend te raken met een nieuwe of vernieuwde interventie en zij krijgen over het algemeen een beschrijving in de vorm van een handleiding. Na verloop van tijd blijkt dat er veel verschil is in de uitvoering: hulpverleners voeren sommige onderdelen niet meer uit of voegen willekeurig nieuwe onderdelen toe.

Bij Jeugdformaat rees de vraag: Hoe implementeren we interventies op een goede manier? En daarop volgend: Wat verhoogt de kans op succesvolle implementatie? Wat is hier wetenschappelijk over bekend? Uitwisseling met andere jeugdzorgaanbieders leert dat deze vragen niet alleen bij Jeugdformaat aan de orde zijn. De implementatie van interventies is een belangrijk thema van het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland (SEJN), waarbij tientallen jeugdzorgorganisaties aangesloten zijn (www.sejn.nl). Het thema implementeren stond centraal tijdens het nationale congres Jeugd in Onderzoek in 2011. Daarnaast houdt het de gemoederen ook in de internationale wetenschappelijke literatuur al enige tijd bezig (Dane & Schneider, 1998; Domitrovich & Greenberg, 2000; Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman, & Wallace, 2005; Oxman, Thomson, Davis, & Haynes, 1995).

Dit proefschrift beschrijft een onderzoeksproject van Jeugdformaat, de Universiteit Utrecht en de Universiteit van Amsterdam, dat moet bijdragen aan een antwoord op de vraag van Jeugdformaat: Hoe implementeren we interventies op een goede manier? Meer in het algemeen moet het onderzoek leiden tot kennis over wat belemmerende en bevorderende factoren zijn bij succesvolle implementatie van interventies in de jeugdzorg. Alvorens op de specifieke vraagstelling en de aanpak van het onderzoek in te gaan, wordt in de nu volgende paragrafen stilgestaan bij drie thema's. Allereerst een korte schets van de achtergrond waartegen het implementatievraagstuk zich afspeelt: het jeugdzorgveld dat graag vraaggericht en effectief wil zijn. Het tweede thema is verbetering van de jeugdzorg. In dat kader worden twee discussiepunten aangekaart die in de jeugdzorg spelen: a) het 'top-down' implementeren van interventies of het 'bottom-up' ontwikkelen en b) de vraag in welke mate hulpverleners een interventie getrouw moeten uitvoeren en in welke mate er ruimte is voor vraaggericht werken. Deze discussiepunten zijn belangrijk, omdat ze het implementatievraagstuk in de sector sterk kleuren. Het derde thema dat aan bod komt is het implementatievraagstuk zelf: wat leidt tot een succesvolle implementatie?

1.2 Achtergrond: het jeugdzorgveld

Kenmerkend voor het onderzoek dat in dit proefschrift beschreven staat, is dat het is uitgevoerd in het jeugdzorgveld. Jaarlijks maken ongeveer zeventig duizend jeugdigen gebruik van jeugdzorg in Nederland en dit aantal groeit (MO groep Jeugdzorg, 2009; Stevens et al., 2009). Dit zijn jeugdigen van 0 tot 23 jaar met psychosociale problematiek van internaliserende of externaliserende aard. Internaliserende problematiek, ofwel emotionele problemen, bestaat bijvoorbeeld uit depressie, angst, onzekerheid of eetproblemen. Externaliserende problematiek, ofwel gedragsproblemen, uit zich in agressief en opstandig gedrag, hyperactiviteit, impulsiviteit, delinquentie of middelengebruik. Naast de problematiek van de jeugdigen is er vaak sprake van opvoedproblemen bij de gezinnen die in contact komen met jeugdzorg. In deze paragraaf staat in hoofdpunten beschreven wat kenmerkend is voor de voorzieningen, professionals en interventies in het jeugdzorgveld.

1.2.1 Voorzieningen

Het grote aantal jeugdigen en ouders dat jaarlijks met uiteenlopende problematiek kampt, wordt ondersteund en begeleid door tal van voorzieningen in een complexe samenhang. Het jeugdzorgveld is een breed en divers werkveld en het laat zich het best omschrijven in drie gebieden waarop de zorg plaatsvindt (Zwikker & Hens, 2008):

1. De gemeentelijke en bovengemeentelijke voorzieningen

Bij deze voorzieningen kunnen jeugdigen en ouders laagdrempelig terecht met vragen over opgroeien en opvoeden, bijvoorbeeld bij de Centra voor Jeugd en Gezin. Gemeentelijke voorzieningen omvatten de zorg in het onderwijs (scholen, zorgadviesteams (ZAT's), schoolmaatschappelijk werk), de jeugdgezondheidszorg (GGD, consultatiebureaus) en het algemeen maatschappelijk werk. Bovengemeentelijke instanties zijn bijvoorbeeld Halt (het bureau dat zorg draagt voor alternatieve afhandeling van strafbare feiten door jongeren) en MEE (onafhankelijk adviesbureau dat mensen met een beperking ondersteunt).

2. Bureau Jeugdzorg, indicatieorganen en de Raad voor de Kinderbescherming

Wanneer er intensievere hulp nodig is, moet hiervoor een indicatie komen. Bureau Jeugdzorg verzorgt dit soort indicaties. Dat is ook de instantie die zorg draagt voor jeugdreclassering en gezinsvoogdij en fungeert als Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Andere

indicatieorganen zijn bijvoorbeeld het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en de huisarts. De Raad voor de Kinderbescherming onderzoekt of de ontwikkeling van een kind in gevaar komt.

3. *Het geïndiceerde jeugdaanbod*

Afhankelijk van de hulpvraag en de problematiek van de jeugdige en het gezin, krijgt de jeugdige een indicatie voor hulp bij een bepaald type voorziening: provinciale jeugdzorg, hulp voor geestelijke gezondheidszorg bij jeugdigen (jeugd-ggz), jeugd gehandicaptenzorg of justitiële jeugdhulp.

In dit proefschrift zal de term ‘jeugdzorg’ veel voorkomen. *Met jeugdzorg wordt in dit proefschrift steeds in eerste instantie de geïndiceerde, provinciaal gefinancierde jeugdzorg bedoeld, ook wel bekend als de jeugdhulpverlening of de gespecialiseerde jeugd- en opvoedhulp*². Dit soort voorzieningen biedt jeugdigen en ouders op indicatie van Bureau Jeugdzorg ambulante hulp, daghulp, pleegzorg of residentiële hulp of een combinatie van deze vormen en dit kan zowel in een vrijwillig of gedwongen kader plaatsvinden.

Wanneer er geïndiceerde zorg nodig is in een gezin, is de draaglast en draagkracht niet in evenwicht. Volgens Hermanns (2010) doen de problemen zich dan per definitie op meerdere levensterreinen voor. Het jeugdzorgveld kent volgens hem weinig enkelvoudige problematiek, waardoor ook het hulpaanbod vaak niet enkelvoudig kan zijn. Stams (2011) zegt in dit verband: *“De complexe problematiek van kinderen, jongeren en gezinnen in de jeugdzorg vraagt doorgaans om multimodale interventies, die ingrijpen op meerdere probleemgebieden, niet alleen bij de cliënt zelf, maar ook bij diens omgeving”*. In de Wet op de jeugdzorg is geregeld dat de zorgaanbieders de zorg afstemmen op de behoeften van de cliënt, met als doel het bieden van een vraaggerichte jeugdzorg³.

1.2.2 Professionals: vraaggericht en effectief werken

Vraaggericht werken staat hoog in het vaandel bij de professionals in de jeugdzorg. Dit staat voor hulpverlening waarbij de hulpvraag van de jeugdige centraal staat en waar de hulpverlener in dialoog met de jeugdige en het gezin besluit hoe de hulp eruit gaat zien. Van

² Dat dit proefschrift in eerste instantie gericht is op de gespecialiseerde jeugd- en opvoedhulp, laat onverlet dat de materie relevant is voor andere voorzieningen, zoals de jeugd-gehandicaptenzorg of -ggz.

³ <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdzorg/jeugdzorg-in-de-wet>

der Steege (2003) deed onderzoek naar het fenomeen vraaggericht werken en typeert het als *'gewoon goed hulpverleners'* (p.5). Daarbij is een goede werkrelatie tussen hulpverlener en cliënt van belang, omdat samen met de cliënt gewerkt moet worden aan vraagverheldering. Professionals moeten beschikken over een vraaggestuurde basishouding, communicatievaardigheden, zelfreflectie en in staat zijn om het hulpverleningsproces te structureren (Van der Steege, 2003).

Naast het vraaggericht werken is er steeds meer aandacht voor de effectiviteit van de jeugdzorg, zowel in de landelijke als provinciale politiek, maar ook op de werkvloer (MOgroep Jeugdzorg, 2006; Programmaministerie voor Jeugd en Gezin, 2007). Het streven naar een effectievere jeugdzorg uit zich in verschillende projecten, zoals Zicht op Effectiviteit, het Actieplan professionalisering, de ontwikkeling van richtlijnen, de Databank voor effectieve interventies en de Databank voor instrumenten, richtlijnen en kwaliteitsstandaarden (Dronkers et al., 2007; Van Yperen & Veerman, 2008). Uiteindelijk wil de jeugdsector toe naar een werkveld waarin professionals meer gebruik maken en leren van kennis over wat werkt bij de zorg aan jeugdigen en ouders (Pijnenburg, 2010).

In de combinatie van vraaggerichte en effectieve hulpverlening kan spanning ontstaan. Bij vraaggericht werken staat de wens van de cliënt centraal, terwijl de cliënt zelf geen kennis heeft van wat effectieve interventies zijn (Van Yperen, Booy, & Van der Veldt, 2003; Van der Steege, 2003). De hulpverlener heeft die kennis wel, maar wat als het gezin de voorkeur geeft aan een behandeling die niet effectief is, of niet wil meewerken aan een behandeling die vrijwel zeker effectief zal zijn?

Professionals in de jeugdzorg moeten omgaan met de spanning tussen vraaggericht en effectief werken. Deskundigheid is niet alleen het tonen van kennis over opvoedingsproblemen *'wij weten wat goed voor u is'*, maar moet ook niet verworden tot *'u vraagt, wij draaien'*. Deskundigheid ligt voornamelijk in *'het bewaken van het gezamenlijke hulpverleningsproces en het daarin inbrengen van hun kennis en vaardigheden in aansluiting bij vragen, wensen en mogelijkheden van cliënten.'* (Van der Steege, 2003, p.34). Kortom, in de sector groeit het besef dat professionals tegemoet moeten komen aan wensen en verwachtingen van de cliënt, maar dat de hulp ook gebaseerd moet zijn op wat effectief is.

1.2.3 Interventies

Jeugdzorgorganisaties maken gebruik van een enorme hoeveelheid aan interventies, al dan niet binnen de organisatie ontwikkeld, waarvan de effectiviteit veelal onbekend is. De schatting is dat er in de Nederlandse jeugdzorg 500 tot 1500 beschrijvingen bestaan, waarvan slechts 1 tot 5% op effectiviteit is onderzocht (Van Yperen & Veerman, 2008). Dit is overigens niet uniek voor Nederland, ook uit internationale literatuur blijkt dat het overgrote deel van de kinderen in zorg te maken krijgt met interventies die nooit zijn onderzocht (Mazzucchelli & Sanders, 2010).

In de zoektocht naar effectieve hulp lijkt het alsof het jeugdzorgveld slechts kan putten uit een beperkt aantal interventies. In de Databank Effectieve Interventies zijn ruim 150 beschrijvingen opgenomen (<http://www.nji.nl>, december 2011), maar de meeste bevinden zich op het niveau van *theoretisch goed onderbouwd*. Dit niveau betekent dat er een goede omschrijving bestaat, maar dat er (nog) geen onderzoek naar de effectiviteit beschikbaar is. Slechts 3 van de 153 beschrijvingen zijn beoordeeld als *bewezen effectief*. Dit illustreert dat er in Nederland nog weinig wetenschappelijk onderzoek met stevige bewijskracht is gedaan naar de effectiviteit van interventies. Schattingen over de effectiviteit van de jeugdzorg op basis van onderzoek variëren van geen effect tot kleine of matige effecten (De Swart, 2011; Van Yperen, 2005; Weisz, 2004).

Volgens Van Yperen en Veerman (2008) betekenen de matige onderzoeksresultaten niet per definitie dat de zorg die de duizenden jeugdigen elke dag krijgen niet effectief is: het zegt vooral iets over het gebrek aan wetenschappelijk bewijs over de effectiviteit van interventies in de Nederlandse jeugdzorg. Dat gebrek aan bewijs hangt volgens Van Yperen en Veerman samen met een viertal constatering (zie handboek *Zicht op Effectiviteit*, 2008).

Twee van de vier constatering laten zien dat – naast de resultaten van de hulp – de uitvoering van de interventie van belang is bij het onderzoek naar effectiviteit van de jeugdzorg. Een constatering is dat veel interventies die in de praktijk gebruikt worden niet goed genoeg geëxpliciteerd zijn om onderzocht te worden op effectiviteit. Daarnaast blijkt dat interventies die in wetenschappelijk onderzoek ontwikkeld zijn in de praktijk nauwelijks toegepast worden of niet uitgevoerd worden op de wijze waarop ze in het onderzoek als effectief naar voren kwamen (Van Yperen & Veerman, 2008). Met het oog op dit laatste wijst Hutschemaekers (2010) in dit kader op het onderscheid tussen *efficacy* en *effectiveness*.

Efficacy is de werkzaamheid van een interventie onder ideale omstandigheden, zoals in experimenteel onderzoek vaak het geval is. *Effectiveness* verwijst naar de doelmatigheid van een interventie onder alledaagse omstandigheden. Uit internationaal onderzoek blijkt dat interventies in de praktijk niet altijd zo effectief zijn als in onderzoek (Landenburger & Lipsey, 2005; Weisz, Donenberg, Han, & Kauneckis, 1995). De oorzaken van tegenvallende resultaten in de praktijk zijn divers, maar een onjuiste of onvolledige uitvoering van de interventie is er één van (Fagan, Hanson, Hawkins, & Arthur, 2008; Weisz et al., 1995).

1.3 Verbetering van de jeugdzorg

Zoals gezegd neemt de vraag om effectievere jeugdzorg toe en daarmee ook de vraag naar goede interventies. Als het gaat om de verbetering van het aanbod stuiten we in de jeugdzorg op twee discussiepunten. Ten eerste het *top down* implementeren van effectieve interventies of het *bottom-up* doorontwikkelen van interventies. Ten tweede rijst de vraag in hoeverre er bij de implementatie van geprotocolleerde interventies nog ruimte is voor vraaggericht werken. Deze twee discussiepunten beïnvloeden het implementatievraagstuk voor de jeugdzorg.

1.3.1 Top-down en bottom-up

Over het top-down implementeren van interventies is in de wetenschappelijke literatuur veel geschreven. Wetenschappers raden aan eerst op kleine schaal experimenteel interventies te onderzoeken en deze pas bij gebleken effectiviteit breed te implementeren in de praktijk (Barlow, 2000; Chorpita et al., 2002). Wanneer de interventie uitgevoerd wordt zoals bedoeld, mag gezien het experimentele onderzoek een verbetering voor de cliënt worden verwacht. Wetenschappelijke inzichten sturen de praktijk op deze manier van buitenaf op wat de beste aanpak is, en zo ontstaat een *evidence-based practice*.

Uit de wetenschappelijke literatuur en de praktijk van alledag blijkt duidelijk dat dit breed implementeren van effectieve interventies in de praktijk geen sinecure is (Fagan, Hanson, Hawkins & Arthur, 2008; Schoenwald, Heiblum, Saldana, & Henggeler, 2008; Van Yperen & Bakker, 2008). Evidence based interventies uit het buitenland zijn niet zomaar toe te passen in Nederland (Schoenwald, Heiblum, Saldana, & Henggeler, 2008). Voordeel van top-down implementeren is dat de interventie vaak goed ontwikkeld en beschreven is en dat er een grote mate van waarschijnlijkheid is dat getrouwe uitvoer van de interventie tot de verwachte resultaten leidt. Een nadeel is dat het moeilijk is om een geprotocolleerde interventie in te passen in een bestaande structuur en werkwijze van de zorg.

De tweede mogelijkheid om de zorg te verbeteren is door onderzoek te doen naar interventies die in de praktijk ontwikkeld zijn en reeds uitgevoerd worden (Chorpita, Daleiden & Weisz, 2005; Margison et al., 2000; Geurts, Lekkerkerker, Van Yperen, & Veerman, 2010). Op deze manier wordt *practice-based evidence* gecreëerd (Barkham & Mellor-Clark, 2003). Door interventies te onderbouwen en te onderzoeken verzamelt de praktijk 'bottom-up' informatie over de effectiviteit van de interventies. Aan de hand van

praktijkgestuurd onderzoek kunnen voorzieningen voor jeugdzorg hun aanbod stap voor stap doorontwikkelen en met een oplopende bewijskracht toetsen op effectiviteit (Van Yperen & Veerman, 2008).

Een nadeel van het ontwikkelen van interventies vanuit de praktijk is dat de interventie voor een deel op toeval berust. De interventie is ontwikkeld door een ‘toevallige’ groep hulpverleners en voor een ‘toevallige’ groep jeugdigen gedurende een bepaalde periode. Aanvullend onderzoek is nodig om te bewijzen dat de interventie ook in andere situaties – met andere hulpverleners en andere jeugdigen – tot dezelfde resultaten leidt (Stams, 2011). Een voordeel van deze aanpak is dat de ervaringen van professionals worden meegenomen, waardoor de aanpak makkelijker in te voegen is in de bestaande jeugdzorg praktijk. Bottom-up ontwikkelde interventies zijn vaak nationaal of lokaal ontwikkeld en zijn daardoor beter in te passen in de Nederlandse jeugdzorg.

In dit proefschrift gaan we ervan uit dat de twee mogelijkheden tot verbetering van de jeugdzorg – top-down en bottom-up – elkaar niet uitsluiten. Integendeel, ze kunnen elkaar goed aanvullen. Daarbij komt dat voor beide aanpakken vroeg of laat het moment van implementeren aanbreekt. Bij een evidence-based interventie komt dat moment vrij snel: de interventie wordt ‘van buitenaf’ ingevlogen in een organisatie. Het is dan direct van belang om er voor te zorgen dat medewerkers de interventie gaan uitvoeren. Bij een practice-based interventie wordt de interventie ‘van binnenuit’ ontwikkeld, in samenspraak met professionals. De omschrijving van de interventie die op deze manier ontstaat, is vaak een ‘gemiddelde’ van hoe professionals werken. Het wil niet zeggen dat alle professionals al op die manier werken, terwijl het doel vaak wel is om tot een eenduidiger werkwijze te komen. Zowel bij de ontwikkeling van evidence-based practice als bij die van practice-based evidence, kan men niet om het implementatievraagstuk heen: Hoe zorg je dat de interventie in de *bele* organisatie bij *alle* professionals op een goede manier geïmplementeerd wordt?

1.3.2 Spanning tussen vraaggericht werken en programma-integriteit

Het tweede discussiepunt dat het implementatievraagstuk in de jeugdzorg kleurt, is de spanning tussen vraaggericht werken en programma-integriteit. Zoals gezegd, kent de jeugdzorg een sterke cultuur van vraaggericht werken. Dit betekent dat hulpverleners de hulp moeten kunnen afstemmen op kenmerken van de jeugdige en diens gezin. Interventies zijn ontwikkeld voor een specifieke doelgroep, terwijl de jeugdigen en gezinnen die dagelijks om

hulp vragen niet altijd precies in zo'n doelgroep te vangen zijn. Zoals eerder gezegd, kenmerkt de jeugdzorg zich door complexe problematiek. Hulpverleners willen de hulpverlening vraaggericht kunnen aanpassen aan de individuele cliënt en dat staat soms op gespannen voet met het volgen van een protocol of handleiding van een specifieke interventie. Geprotocolleerd werken enerzijds en vraaggericht werken anderzijds zorgt voor spanning in het uitvoeren van effectieve interventies.

Het getrouw uitvoeren van een interventie wordt ook wel programma-integriteit of het *'fidelity principle'* genoemd (Dane & Schneider, 1998; Moncher & Prinz, 1991). In geval van de top-down benadering is het nodig dat de interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld, omdat onderzoek heeft aangetoond dat de interventie effectief is als deze op een bepaalde wijze wordt uitgevoerd. Goed geïmplementeerde interventies vergroten de kans op goede resultaten bij jongeren en ouders (Durlak & DuPre, 2008; Eames et al., 2009) en slecht geïmplementeerde en uitgevoerde interventies betekenen een risico voor de effectiviteit van de interventie (Berwick, 2003). In geval van de bottom-up benadering is het ook belangrijk dat hulpverleners de interventie eenduidig uitvoeren. Wanneer hulpverleners op eenzelfde manier werken, kan onderzoek laten zien of de interventie bijdraagt aan de effectiviteit. Als hulpverleners allemaal een andere aanpak hanteren, is het onmogelijk om de effectiviteit van een interventie toe te schrijven aan de aanpak (Bijl, 1996).

Een protocol of handleiding met duidelijke handelingsaanwijzingen helpt bij het getrouw uitvoeren van een interventie. Bij top-down interventies helpt dit om de interventie uit te voeren zoals deze bedoeld is, bij bottom-up interventies om de overdraagbaarheid van de interventie naar andere hulpverleners te vergroten. Maar tot op welke hoogte worden alle handelingen voorgeschreven? Is er voldoende ruimte om te variëren in de uitvoering, al naar gelang de wensen, de mogelijkheden en motivatie van de jeugdige en het gezin? Wanneer komt de werkzaamheid van de interventie in het geding? De vraag is in hoeverre er flexibiliteit mogelijk is in de uitvoering, zodat jongeren er optimaal van kunnen profiteren, maar zonder aantasting van de werkzame principes. Dit wordt ook wel het *'responsivity principle'* genoemd (Andrews & Bonta, 2006).

In dit proefschrift zal deze spanning tussen programma-integriteit en –flexibiliteit terugkomen. We gaan er ook hier vanuit dat de twee principes – integriteit en flexibiliteit – elkaar niet uitsluiten, maar dat deze naast elkaar kunnen bestaan. Dat betekent dat met deze

principes rekening gehouden moet worden en het stelt eisen aan hoe een interventie eruit moet zien om succesvol geïmplementeerd te worden. Daar komen we later nog op terug.

1.4 Implementatievraagstuk

Er is tot op heden zeer beperkt aandacht besteed aan het implementeren van interventies in de jeugdzorg (Orobio de Castro, 2007; Van Yperen, 2003; Van Yperen & Bakker, 2008). Het is voor de jeugdzorgsector op dit moment onvoldoende duidelijk hoe de implementatie van interventies succesvoller kan verlopen (Konijn, 2003) en er is nauwelijks wetenschappelijke literatuur beschikbaar over de implementatie van vernieuwingen in de jeugdsector (Mikolajczak et al., 2009). De vragen die bij Jeugdformaat naar boven kwamen, gelden voor het gehele jeugdzorgveld: Hoe implementeren we interventies op een goede manier? Wat verhoogt de kans op succesvolle implementatie? Wat is hier wetenschappelijk over bekend?

1.4.1 Implementatie gaat niet vanzelf

Uit onderzoek in andere sectoren, zoals de gezondheidszorg en de onderwijskunde, blijkt dat het implementeren van interventies een vak apart is. Niet alleen in de jeugdzorg loopt men tegen het implementatievraagstuk aan (Addis & Waltz, 2002; Fleuren, Wiefferink, & Paulussen, 2004; Fullan, 1992; Gezondheidsraad, 2000; Grol, 1997; Hays, 2002; Higgitt & Fonagy, 2002; Konijn, 2003; Messer & Wampold, 2002; Woolston, 2005). In aanverwante sectoren is er een langere onderzoekstraditie op dit gebied en de verwachting is dat de jeugdzorg hiervan kan leren. Of het nu gaat om een protocol voor medicijngebruik, een nieuwe lesmethode of een nieuwe methode voor ambulante hulp, in essentie gaat het om het implementeren van wetenschappelijke inzichten in de werkwijze van professionals.

Een eerste verkenning van de literatuur leert dat de kennis over effectieve implementatie in aanverwante sectoren in de laatste decennia gegroeid is. Er zijn veel artikelen geschreven over de wenselijkheid van top-down implementeren van kennis en over het moeizame proces waarmee wetenschappelijke kennis uiteindelijk op de praktijkvloer terecht komt (Chorpita et al., 2002). Er is consensus over het feit dat vernieuwingen niet ‘vanzelf’ hun weg vinden, omdat er allerlei belemmerende en bevorderende factoren van invloed zijn op het proces (Fleuren, 2002; Rogers, 1995). Het blijkt uitermate ingewikkeld om professionals – zoals hulpverleners in de jeugdzorg – te laten werken zoals afgesproken (Black & Holden, 1995; Cabana et al., 1999). Tenslotte blijkt het nodig om actief invloed uit te oefenen op een implementatietraject door gebruik te maken van slimme implementatiestrategieën (Bero et al., 1998; Grol & Wensing, 2006).

1.4.2 Strategieën

Reviews (zie onder meer Bero et al., 1998; Berwick, 2003; Fixsen et al., 2005; Wensing, Wollersheim & Grol, 2006; Oxman et al., 1995) hebben een licht geworpen op welke strategieën over het algemeen leiden tot een succesvolle implementatie. Traditioneel maken wetenschappers veel gebruik van het publiceren van bewijzen om anderen te overtuigen van hun gelijk, bijvoorbeeld door artikelen te schrijven voor wetenschappelijke tijdschriften. Bij het implementeren van een nieuwe aanpak, is meer nodig dan alleen het bewijs dat een werkwijze voordeel oplevert. Informatie alleen is niet voldoende om gedrag van mensen te veranderen. Er zullen andere strategieën moeten worden ingezet, zoals het trainen of coachen van hulpverleners, of het werken met herinneringen aan de afgesproken aanpak. Deze implementatieactiviteiten zijn in uiteenlopende onderzoeken onderzocht. Daaruit blijkt dat er geen sprake is van één strategie die altijd of nooit effectief is. Vooral combinaties blijken goed te werken en het lijkt zinvol om de strategie af te stemmen op de vernieuwing (Davis & Taylor-Vaisey, 1997; Davis et al., 1999; Fixsen et al., 2005; Gezondheidsraad, 2000). In hoofdstuk 3 staan we daar nog nader bij stil.

1.4.3 Aangrijpingspunten voor onderzoek

De hierboven beschreven inzichten bieden aangrijpingspunten om het implementatievraagstuk voor de jeugdzorg op te pakken. Bijvoorbeeld dat implementeren niet vanzelf gaat, omdat er belemmerende en bevorderende factoren meespelen en dat er een gerichte implementatiestrategie nodig is om een vernieuwing door te voeren. In hoofdstuk 2 zal de achterliggende literatuur hierover uitvoerig besproken worden.

Bij de eerste verkenning van de literatuur stuiten we echter ook op een viertal kwesties, die laten zien dat er nog veel onduidelijk is over implementatie in de jeugdzorg. Ten eerste is onduidelijk wat precies onder implementatie verstaan wordt. Wie in de literatuur duikt, verdrinkt al snel in de veelheid aan termen, modellen en theorieën die er rondom implementatie bestaan. Het ontbreekt aan breed gedragen zoektermen, waardoor het gericht zoeken naar specifieke literatuur moeizaam verloopt. Veel kennis over implementatie zit bovendien ‘verstopt’ in artikelen over de effectiviteit van interventies, waarbij de implementatie van de interventie zijdelings aan bod komt.

Ten tweede is onduidelijk in hoeverre de beschikbare kennis die er is ook toepasbaar is op de zorg voor jeugdigen (Mikolajczak et al., 2009). Kennis over implementatie is veelal afkomstig uit de algemene gezondheidszorg, de onderwijskunde en de volwassen geestelijke

gezondheidszorg. Welke factoren zijn belangrijk om het succes van implementeren in het *jeugdverzorgveld* te bevorderen, waar liggen de valkuilen?

Ten derde staat er in de literatuur weinig geschreven over de duurzaamheid van implementeren. De wetenschappelijke literatuur gaat veelal over disseminatie, het verspreiden van kennis. Dit gebeurt bijvoorbeeld door het informeren van hulpverleners over nieuwe inzichten door middel van publicaties in tijdschriften of door het verspreiden van richtlijnen. Met verspreiding van kennis en ook met een eerste gebruik ervan is echter geen duurzame implementatie gegarandeerd.

De vierde kwestie gaat over de spanning tussen programma-integriteit en -flexibiliteit. Het onderwerp implementeren van interventies stelt de jeugdzorg voor de opgave om te gaan met deze spanning. Oftewel, te bedenken aan welke kenmerken een implementatieproces moet voldoen om te zorgen dat een interventie goed wordt uitgevoerd: met ruimte voor integriteit en flexibiliteit.

Deze vier kwesties geven aan dat er behoefte is aan onderzoek naar de implementatie van interventies. De eerste twee kwesties die zijn uitgelicht, laten zien dat het vooralsnog ontbreekt aan een *duidelijke definitie van implementatie* en aan een hanteerbaar *model voor het implementeren van interventies in de jeugdzorg en de belemmerende en bevorderende factoren die in het spel zijn*. De derde kwestie laat zien dat er behoefte is aan kennis over *duurzaam implementeren*. De vierde kwestie geeft aan dat er behoefte is aan onderzoek naar implementatie met het oog op de *kenmerken van cliënten en van interventies en het proces van implementeren in de jeugdzorg*. Kortom: er is behoefte aan onderzoek naar de factoren die van invloed zijn op het implementeren van interventies in de jeugdzorg.

1.5 Doelstelling en vraagstelling

Het voornaamste doel van dit onderzoek is factoren aan te wijzen die leiden tot een succesvolle en duurzame implementatie van nieuwe of vernieuwde interventies in de jeugdzorg. De nadruk ligt hierbij uitdrukkelijk op het laatste stuk van de zin: ‘in de jeugdzorg’. Er is veel generieke kennis beschikbaar over implementeren, maar het ontbreekt nog aan een goede vertaling van die kennis voor de jeugdzorg. Daarnaast ontbreekt het op specifieke aspecten aan kennis, zoals over de spanning tussen programma-integriteit versus –flexibiliteit en de duurzaamheid van implementeren.

Het in dit proefschrift gepresenteerde onderzoek moet leiden tot nieuwe inzichten voor professionals en wetenschappers die betrokken zijn bij de jeugdzorg in Nederland. De praktische bijdrage van dit onderzoek is dat het een theoretisch kader schept over implementatie dat toepasbaar is gemaakt voor de jeugdzorg. Daardoor kan de jeugdzorg effectiever worden en krijgen jeugdigen en opvoeders betere hulpverlening. De bijdrage op wetenschappelijk vlak is tweeledig. Ten eerste wordt de conceptvorming rondom implementatie in de jeugdzorg verder ontwikkeld, zowel op theoretisch niveau als door de operationalisering van de concepten. Dit is noodzakelijk, omdat er tot nu toe weinig aan die conceptvorming en operationalisatie is gedaan. Ten tweede geeft dit onderzoek belangrijke empirische aanwijzingen over welke factoren bijdragen aan succesvolle implementatie in de jeugdzorg.

De centrale vraag in dit onderzoek is als volgt geformuleerd:

- *Welke factoren zijn van invloed op effectieve en duurzame implementatie van interventies in de jeugdzorg?*

Om tot beantwoording van deze vraag te komen, wordt de vraag eerst in een breder kader geplaatst. Dat is nodig, omdat - zoals gezegd - het in de jeugdzorg aan een duidelijk theoretisch kader ontbreekt om implementatievraagstukken te behandelen en te onderzoeken.

Er is gekozen voor een getrapte aanpak in dit proefschrift: eerst aandacht voor *theorievorming*, daarna voor *operationalisering* van belangrijke concepten en tot slot aandacht voor *toetsing* van de theorie en operationalisatie door middel van empirisch onderzoek. Deze drie stappen zijn terug te vinden in drie sets van deelvragen die samen tot beantwoording van de centrale vraag moeten leiden.

De deelvragen luiden als volgt:

- *Wat verstaan we onder implementatie? Welke factoren zijn volgens de literatuur van invloed op succesvolle implementatie? Welke kennis hebben ontwikkelaars over de implementatie van 'hun' interventies in de praktijk? En hoe is de kennis over implementatie te vertalen in een voor de jeugdzorg bruikbaar theoretisch model?*
- *Hoe is de implementatie van interventies in de jeugdzorg te meten? Welke instrumenten zijn geschikt om de implementatie van interventies en beïnvloedende factoren in de jeugdzorg te meten?*
- *Welke factoren blijken uit dit onderzoek van invloed op de implementatie van interventies in de jeugdzorg? En welke aanbevelingen kunnen uit dit onderzoek gedestilleerd worden ten behoeve van de implementatie van interventies?*

1.6 Opzet en opbouw van dit proefschrift

In het onderzoek wordt een getrapte aanpak gehanteerd om het implementatievraagstuk te verhelderen: theorievorming, operationalisering en toetsing. Hieronder worden de drie onderdelen toegelicht.

1.6.1 Theorievorming

Het eerste deel van dit proefschrift bestaat uit theoretische kennis over implementatie.

In hoofdstuk 2 staat een uitgebreide definiëring van implementatie en een theoretisch model.

In hoofdstuk 3 wordt een literatuurstudie besproken, die moet leiden tot een overzicht van de met implementatie samenhangende concepten en de werking van strategieën. Hiervoor wordt bestaande kennis, onder andere uit aanpalende onderzoeksgebieden, toepasbaar gemaakt voor het jeugdzorgveld. Daarnaast worden waar nodig nieuwe begrippen toegevoegd aan de bestaande terminologie.

In hoofdstuk 4 wordt een serie interviews gepresenteerd over bevorderende en belemmerende factoren in de implementatie van interventies in de praktijk van de jeugdsector. Het zijn interviews met interventieontwikkelaars of implementatiedeskundigen die betrokken zijn geweest bij de implementatie van een interventie.

1.6.2 Operationalisering

Het tweede deel van dit proefschrift beschrijft het proces van operationaliseren van een aantal aspecten die volgens het theoretisch model van belang zijn bij de implementatie van interventies in de jeugdzorg.

In hoofdstuk 5 komt aan de orde op welke manier implementatie gemeten kan worden. Daarbij komen bruikbare instrumenten aan de orde om uitkomstmaten, determinanten en strategieën van implementatie in kaart te brengen. Dit gebeurt aan de hand van de beschrijving van de opzet en methode van onderzoek van de studie bij Jeugdformaat, waar een interventie voor ambulante hulp is geïmplementeerd.

In hoofdstuk 6 en 7 worden twee instrumenten uitgelicht die de veranderingsbereidheid en competenties van hulpverleners inzichtelijk kunnen maken. In deze hoofdstukken wordt onderzoek naar de psychometrische kwaliteit van de vragenlijsten gepresenteerd.

1.6.3 Toetsing

Het derde deel van dit proefschrift gaat in op de resultaten van onderzoek naar de implementatie van interventies in de jeugdzorg.

Hoofdstuk 8 beschrijft de implementatie van de Methodiek Ambulante Hulp bij Jeugdformaat, dit is de hoofdstudie van het proefschrift. Met deze studie is ervaring opgedaan met het meten van een implementatieproces met bijbehorende belemmerende en bevorderende factoren en strategieën. In dit hoofdstuk komt aan de orde welke factoren en strategieën van invloed zijn geweest op de implementatie.

Hoofdstuk 9 beschrijft een tweede implementatiecasus, de invoering van de Deltamethode Gezinsvoogdij bij Bureau Jeugdzorg. Er wordt in deze studie bekeken welke factoren van invloed zijn geweest op de implementatie van de interventie ‘Deltamethode Gezinsvoogdij’ en het verloop van de ondertoezichtstelling (OTS). De belangrijkste vraag hierbij is of de gevonden theoretische en methodische principes van implementatie in een andere setting dan bij Jeugdformaat toepasbaar zijn en welke resultaten dat oplevert. Op deze manier wordt de theorie en opzet van onderzoek, zoals gehanteerd bij Jeugdformaat, gevalideerd op een andere onderzoekscasus.

Het onderzoek bij Jeugdformaat, samen met de externe validatie ervan, geeft inzicht in de toepasbaarheid van het theoretisch en methodisch kader voor onderzoek naar implementatie van interventies in de jeugdzorg in Nederland.

1.6.4 Beantwoording van de onderzoeksvraag

Op basis van het theoretisch kader, de operationalisatie en de empirische toetsing moet het onderzoek uiteindelijk leiden tot beantwoording van de centrale onderzoeksvraag, door uitspraken te doen over welke factoren van invloed zijn op de implementatie van interventies. Hoofdstuk 10 bevat in dit verband een conclusie en een discussie van de belangrijkste onderzoeksbevindingen.

Aan het begin van dit hoofdstuk is de praktische en wetenschappelijke bijdrage besproken. Die bijdrage stoelt enerzijds op de uitkomsten van het onderzoek, anderzijds op de ervaringen die worden opgedaan met het doen van onderzoek naar implementatie. In hoofdstuk 10 wordt daarom ook gereflecteerd op het uitvoeren van onderzoek naar implementatie van interventies in het jeugdzorgveld en worden aanbevelingen gedaan om dit kennisgebied verder te ontwikkelen.

Deel I Theorie

Implementatieproces, determinanten, strategieën

Een eerste verkenning van de literatuur over implementatie, zoals beschreven in het inleidende hoofdstuk, leidt tot drie constatering. Ten eerste is de implementatie van interventies een ingewikkeld proces, ten tweede spelen er belemmerende en bevorderende factoren mee en ten derde is het implementatieproces te beïnvloeden aan de hand van strategieën.

Om het ingewikkelde proces te ontrafelen, start dit eerste deel van het proefschrift met een definiëring van implementatie en met een model voor de implementatie van interventies in de jeugdzorg (hoofdstuk 2). Daarna wordt een overzicht gegeven van beschikbare kennis over implementatie uit de literatuur (hoofdstuk 3) en ervaringen met implementatie van interventies uit de praktijk van de jeugdzorg (hoofdstuk 4). In de paragrafen over kennis uit de literatuur en ervaringen in de praktijk is aandacht voor de belemmerende en bevorderende factoren en voor het gebruik van implementatiestrategieën.

Zowel bij de bespreking van de literatuur als bij de schets van de praktijk wordt teruggerepen op de kwesties die in het vorige hoofdstuk een aantal vragen oproepen. Wat is precies implementatie? In hoeverre is de kennis uit andere velden toepasbaar op de jeugdzorg? Hoe wordt duurzame implementatie bereikt? Hoe om te gaan met de spanning tussen programma-integriteit en –flexibiliteit? Door een overzicht te geven van de stand van kennis op deze kwesties geeft dit deel uiteindelijk bruikbare aanwijzingen voor implementeren in de praktijk van de jeugdzorg en voor verder onderzoek naar implementatie.

2 Implementatie van interventies in de jeugdzorg: definitie en model

2.1 Definitie van implementatie

De term implementatie wordt vaak gebruikt om het invoeren van vernieuwingen of veranderingen aan te duiden. In de literatuur komen echter veel meer termen naar voren om eenzelfde soort invoering te benoemen, zoals diffusie, zorgvernieuwing of innovatie, al dan niet afhankelijk van het onderwerp of de context van verbetering (Grol & Wensing, 2006). De verscheidenheid aan termen die in de literatuur gehanteerd wordt rondom implementatie en de onderlinge verbondenheid tussen begrippen maken het ingewikkeld om te bepalen wat implementatie precies inhoudt en bemoeilijken het onderzoek naar implementatie (Greenhalgh, 2004; Fleuren et al., 2004). Om verwarring te voorkomen en verder onderzoek naar implementatie in de jeugdzorg te stimuleren, is voor dit proefschrift een theoretisch kader geschapen voor het bespreken van de literatuur en de ervaringen in de praktijk.

Onder succesvolle implementatie verstaan we in dit proefschrift: *‘Een procesmatige en planmatige invoering van een interventie met als doel dat de interventie duurzaam wordt uitgevoerd zoals bedoeld en dat de beoogde uitkomsten behaald worden. Met andere woorden, een interventie wordt programma-integer uitgevoerd en dat leidt tot de bedoelde verbetering bij de jeugdigen; bovendien zijn deze uitvoering en uitkomsten blijvend.’*

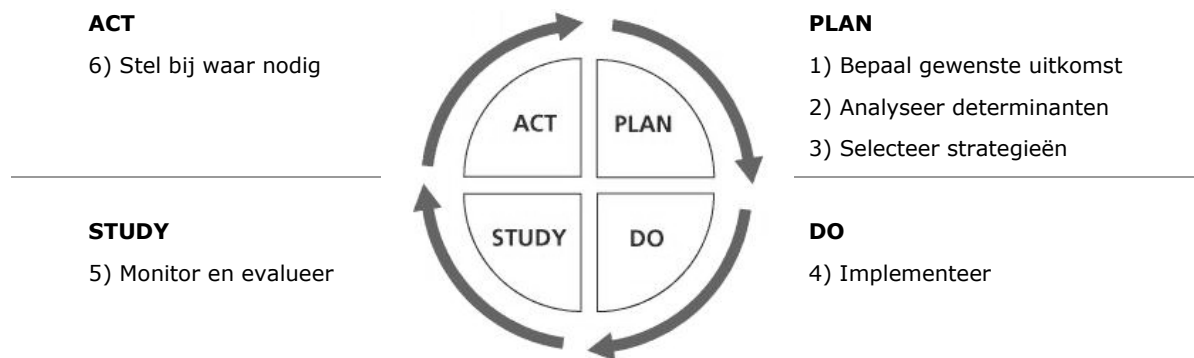
Deze definitie is gebaseerd op de definitie uit de gezondheidszorg (Hulscher, Wensing, & Grol, 2000), maar bevat daarnaast een aantal belangrijke elementen voor het jeugdzorgveld. In dit hoofdstuk wordt eerst kort stilgestaan bij het *procesmatige* en *planmatige* karakter van implementeren. Daarna zetten we uiteen waarom zowel de *uitvoering* als de *uitkomst* een belangrijke rol spelen bij implementatie van interventies. Tot slot wordt aandacht besteed aan de *duurzaamheid* van implementeren. Ter afsluiting van dit hoofdstuk en als opstap naar het volgende hoofdstuk presenteren we een model met betrekking tot de factoren die een succesvolle implementatie beïnvloeden. Aan de hand van dat model bespreken we in de volgende hoofdstukken de kennis vanuit de literatuur over implementeren (hoofdstuk 3) en ervaringen met implementeren van interventies uit de praktijk (hoofdstuk 4).

2.2 Planmatige en procesmatige aanpak

In de literatuur worden verschillende stappen en schema's aangeraden die ervoor zorgen dat een implementatietraject planmatig en procesmatig verloopt (Grol & Wensing, 2006; Moulding, Silagy, & Weller, 1999). Ooms, Wilschut en Van Loon (2011) ontwierpen voor de jeugdsector in Nederland de 'Implementatiewijzer', een digitaal hulpmiddel om veranderingsvraagstukken stapsgewijs aan te pakken.

Bij alle aanpakken gaat het in essentie om het doorlopen van een Plan-Do-Study-Act, (PDSA) cyclus⁴, zoals weergegeven in figuur 2.1. Implementatiedeskundigen raden aan veel aandacht te besteden aan de planfase. In deze fase moet allereerst duidelijk zijn wat er moet veranderen en wat het doel of de beoogde uitkomst is van de implementatie. Ten tweede is het van belang om een goede analyse uit te voeren op belemmerende en bevorderende factoren die meespelen. Deze factoren, die een positieve of negatieve invloed kunnen hebben op het proces, worden *determinanten* genoemd. Tot slot worden strategieën geselecteerd die het implementatieproces naar verwachting soepeler doen verlopen. Na de plan-fase wordt er pas daadwerkelijk ingevoerd (do) en wordt de aanpak gemonitord en geëvalueerd (study). Op basis van bevindingen wordt de aanpak bijgesteld (act).

Figuur 2.1 *Stappen in een planmatige en procesmatige aanpak van implementatie*



De *planmatige aanpak* uit onze definitie van implementatie is met een PDSA aanpak geborgd, omdat er bij de voorgestelde stappen veel aandacht uitgaat naar het plannen van de implementatie. De *procesmatige aanpak* is geborgd doordat het implementeren voorgesteld wordt als een proces en niet als een enkele activiteit. In dat proces is veel aandacht voor

⁴ De PDSA cyclus is een veelgebruikt model. Het wordt gebruikt als hulpmiddel om continue kwaliteitsverbetering mogelijk te maken. Het model wordt ook aangeduid als de cirkel van Deming of PDCA-cyclus (plan-do-check-act) (Ahaus & Diepman, 2005).

determinanten die van invloed zijn en is bijstelling steeds mogelijk. Monitor- en evaluatiegegevens maken helder of de gewenste uitkomst al bereikt is of dat er bijvoorbeeld aanvullende strategieën nodig zijn. Later in dit hoofdstuk komt aan bod wat er vanuit onderzoek bekend is over het implementatieproces, de determinanten en strategieën.

2.3 Uitvoering en uitkomsten

Bij de implementatie van interventies speelt impliciet de verwachting dat programma-integriteit automatisch leidt tot de gewenste resultaten bij jeugdigen. Oftewel: als de interventie maar wordt uitgevoerd zoals bedoeld, dan is de interventie doeltreffend. Daarbij is de veronderstelling dat er een causale relatie is tussen de uitvoering en de uitkomsten van de interventie. Omdat deze veronderstelling een cruciale onderbouwing vormt voor de noodzaak van het implementeren van interventies en het sturen op programma-integriteit, is van belang na te gaan of deze veronderstelling klopt.

2.3.1 Belang van programma-integriteit

Verschillende auteurs stellen vast dat de implementatie altijd onderzocht moet worden wanneer er onderzoek naar interventies plaatsvindt, zodat duidelijk is wat er precies is uitgevoerd en waaraan resultaten kunnen worden toegeschreven (Durlak & DuPre, 2008; Perepletchikova, & Kazdin, 2005; Weissberg, Kumpfer, & Seligman, 2003). In dat kader concluderen Tucker en Blythe (2008) op basis van een review dat het meten van programma-integriteit nog veel te weinig aandacht krijgt in het onderzoek naar effectieve interventies. Vaak besteden onderzoekers er impliciet aandacht aan, maar de uitvoering van de interventie wordt maar zelden bewust en kwantitatief gemeten (zie ook Dane & Schneider, 1998; Moncher & Prinz, 1991; Perepletchikova & Kazdin, 2005; Tennyson, 2009).

In recente overzichtstudies wordt niettemin een verband gevonden tussen de uitvoering en de resultaten van de hulp. Hierbij wordt afgerekend met verwijzingen naar verouderde studies waarin beweerd wordt dat de specifieke interventie voor slechts 15% van de resultaten verantwoordelijk zou zijn (Lambert, 1992). Van Yperen en Van der Steege (2010) bepleiten bijvoorbeeld dat de uitvoering van specifiek werkzame factoren verantwoordelijk kunnen zijn voor 42% van de uitkomsten bij jeugdigen. Stams (2011) beargumenteert dat het uitvoeren van een interventie zoals bedoeld van cruciaal belang is voor de effectiviteit van interventies en dat een niet-integere uitvoering zelfs tot slechtere resultaten kan leiden dan helemaal niets doen.

In empirische studies uit de jeugdsector zijn voorbeelden beschikbaar van de relatie tussen de uitvoering en de resultaten van de hulp aan jeugdigen. Zo concluderen Eames en collega's (2009) dat het getrouw uitvoeren van een evidence-based oudertraining gedragsverandering bij ouders voorspelt en die verandering bij ouders voorspelt weer verandering bij de kinderen.

In tabel 2.1 staat een overzicht van reviews en metastudies uit verschillende wetenschapsgebieden waarin de relatie tussen de uitvoering en uitkomsten van interventies is onderzocht. Tucker en Blythe (2008) vonden geen samenhang, maar schrijven dit toe aan zeer beperkte aandacht voor behandelintegriteit in die studies. Ook Dane en Schneider (1998) geven aan dat de validiteit van hun review beperkt is, omdat weinig onderzoekers over zowel uitvoering als uitkomsten rapporteren. Zij vonden wel een samenhang tussen lagere programma-integriteit en mindere uitkomsten.

Tabel 2.1 *Literatuuroverzicht: relatie tussen uitvoering en uitkomsten van interventies*

Auteurs	Soort studie	Discipline	Conclusie
Dane & Schneider, 1998	Review 162 studies	Preventieve programma's	Samenhang tussen lagere programma-integriteit en slechtere uitkomsten. Validiteit beperkt, omdat weinig studies over uitvoering en uitkomsten rapporteren.
Durlak & DuPre, 2008	Review van 559 meta-analyses en studies	Preventieve programma's	Kwaliteit van implementatie beïnvloedt uitkomsten significant. Gemiddelde effectgrootte 2 a 3 x zo groot bij goede implementatie.
Lipsey, 2009	Meta-analyse	Interventies voor jeugdige delinquenten	Kwaliteit van implementatie (programma-integriteit) hangt samen met verminderde recidive.
Tennyson, 2009	Meta-analyse	Interventies voor jeugdige delinquenten	Kwaliteit van implementatie (programma-integriteit) hangt samen met verminderde recidive.
Tucker & Blythe, 2008	Review 128 empirische studies	Behandeling psychosociale problemen	Geen significante relatie tussen uitvoering en uitkomsten, dit wordt toegeschreven aan zeer beperkte aandacht voor programma-integriteit.

De studies waar programma-integriteit wel goed gemeten wordt, laten veelbelovende resultaten zien. Lipsey (2009) en Tennyson (2009) concluderen in omvangrijke meta-analyses naar interventiestudies in onderzoeks- en praktijksetting onder jeugdige delinquenten dat de kwaliteit van implementatie samenhangt met de beoogde uitkomst van de interventie. Hoe hoger de programma-integriteit, hoe groter het effect in termen van vermindering van recidive. Durlak en DuPre (2008) onderzochten in ruim 500 studies naar preventieve programma's hoe implementatie van invloed is op de uitkomsten van interventies. Zij concluderen dat er een stevig verband is tussen de kwaliteit van implementatie en de uitkomsten. Een goede implementatie kan volgens hen de effectgrootte van een interventie die in de praktijk uitgevoerd wordt verdubbelen of zelfs verdrievoudigen.

De veronderstelling dat er een relatie is tussen de programma-integriteit en de uitkomsten van de interventie is op basis van besproken reviews gerechtvaardigd: implementatie moet daarom gericht zijn op programma-integriteit. De vraag is echter wat dit voor het jeugdzorgveld betekent. Moeten interventies precies worden uitgevoerd zoals ze staan omschreven? Is dat het doel van implementatie? En is er dan nog ruimte om vraaggericht te werken en om flexibel aan te sluiten bij de individuele cliënt? Volgens diverse onderzoekers is het antwoord: ja.

Programma-integriteit heeft te maken met de *inzet van werkzame bestanddelen*, ook wel het *fidelity principle of adherence* genoemd (Dane & Schneider, 1998). Programma-integriteit heeft daarnaast ook te maken met *de responsiviteit ten opzichte van de cliënt*, ook wel het *responsivity principle of competence* genoemd (Andrews & Bonta, 1996; Dane & Schneider, 1998). Het fidelity en responsivity principe moeten volgens ons naast elkaar bestaan.

Punt is dat aanpassing in de uitvoering van de interventie al naar gelang de situatie van een specifieke cliënt acceptabel is, maar alleen als de werkzaamheid van de interventie niet in gevaar komt (Blakely et al, 1987; Mazzucchelli & Sanders, 2010). Dit betekent niet dat het professionals helemaal vrij staat te werken zoals zij willen. Nog al te vaak werken professionals volgens een eclectische mix van methoden die zij zich eigen hebben gemaakt door verschillende trainingen, handboeken en werkervaring (Barlow, 1981; Mazzucchelli & Sanders, 2010). En dat is niet gunstig voor de cliënt, omdat uit onderzoek blijkt dat dit soort hulpverlening weinig effect heeft (Weisz, 2004). Het gaat erom dat werkzame principes van de interventie worden uitgevoerd, zodanig dat het aansluit bij de cliënt.

Mazzucchelli en Sanders (2010) beschrijven hoe bij de interventie Triple P ervaring is opgedaan met zowel het bewaken van de integriteit als met het aanmoedigen van een flexibele inzet van de interventie. De interventie Multisysteem Therapie (MST) is ook een voorbeeld van een interventie waarbij wèl streng bewaakt wordt dat hulpverleners werkzame bestanddelen inzetten, maar waar ondertussen ook ruimte is voor afstemming van de interventie op de specifieke jeugdige en diens gezin (Schoenwald, Scheidow, Letourneau, & Liao, 2003). Het ontwerp van deze interventies en bijbehorende instrumenten om de integriteit te bewaken zorgen er voor dat de spanning tussen programma-integriteit en de responsiviteit wordt weggenomen. Deze twee principes kunnen naast elkaar bestaan, zonder dat het de werkzaamheid van de interventie in gevaar brengt.

Samengevat kunnen we concluderen dat de wijze waarop een interventie wordt uitgevoerd erg belangrijk is voor de resultaten die ermee bereikt worden. Dit ondersteunt het belang van sturen op programma-integriteit. Een nuance hierbij is dat er tot nu toe slechts zeer beperkte kwantitatieve data beschikbaar zijn over de uitvoering van de hulp en die data zijn ook nog eens van wisselende kwaliteit (Dane & Schneider, 1998; Moncher & Prinz, 1991; Tennyson, 2010; Tucker & Blythe, 2008; Perepletchikova & Kazdin, 2005). Bovendien zijn er ook enkele studies waarin geen of omgekeerde effecten van programma-integriteit op de uitkomsten gevonden worden (Perepletchikova & Kazdin, 2005; Sanchez et al., 2007). Alhoewel we dus sterke aanwijzingen hebben dat het programma-integer uitvoeren van een interventie bijdraagt aan de resultaten, moeten we daarnaast blijven kijken of de interventie doeltreffend is.

2.3.2 Belang van de doeltreffendheid

Implementatie is ons inziens nog niet succesvol als de interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld. De uitkomst van de interventie, of de interventie doeltreffend is, is ook een graadmeter voor succes. Er zijn twee redenen voor het meten van de uitkomsten van de hulp, wanneer het gaat om implementatie.

Ten eerste omdat het implementeren van een interventie altijd een doel heeft. Dat doel is niet dat hulpverleners werken op een bepaalde manier. Het doel is wel dat het beter gaat met jeugdigen en hun gezin. We vinden dan ook dat bij implementatie de resultaten ten aanzien van jeugdigen inzichtelijk moeten zijn. Dit laat zien of de implementatie op de goede weg is en of de resultaten behaald worden die beoogd zijn met de interventie.

Ten tweede is het meten van de uitkomst van belang, omdat er in de jeugdzorg nog veel interventies zijn waarvan de effectiviteit onbekend is. Bij deze interventies is nog niet gedegen onderzoek gedaan naar de werkzaamheid en is nog niet precies duidelijk welke werkzame bestanddelen zorgen voor de resultaten bij jeugdigen. In dat geval kan er dus niet vanuit worden gegaan dat een integere uitvoering van de interventie zonder meer tot de beoogde uitkomsten zal leiden.

We stellen vast dat het nodig is op twee niveaus uitkomsten zichtbaar te maken om te kunnen vaststellen of er sprake is van succesvolle implementatie (Black & Holden, 1995; Fixsen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace, 2005): enerzijds op de uitvoering door hulpverleners, anderzijds op de resultaten van de hulp. Daarom maken we expliciet onderscheid in

succesvolle implementatie in enge en in brede zin. *Implementatie in enge zin* is bereikt wanneer hulpverleners de interventie uitvoeren zoals deze bedoeld is. Er is dan sprake van programma-integriteit of interventietrouw. Er is pas sprake van succesvolle *implementatie in brede zin* wanneer hiernaast ook het gewenste doel of resultaat behaald wordt dat met de invoer van de interventie werd beoogd. Bijvoorbeeld wanneer problemen van jeugdigen daadwerkelijk afnemen en competenties van ouders vergroot zijn aan het einde van het hulpverleningstraject.

In de literatuurrapportage *Effectieve en duurzame implementatie van interventies in de jeugdzorg* uit 2008 introduceerden Stals, Van Yperen, Stams en Reith dit onderscheid tussen implementatie in enge en brede zin. Ondertussen is dit gebruikt in diverse publicaties over implementatie in de jeugdzorg (Hogenhout, 2010; Ooms, Wilschut & Van Loon, 2011; Stams, Top-Van der Eem, Limburg, Van Vugt, & Van der Laan, 2010; Van Yperen, 2011).

2.4 Duurzaamheid

Tot slot is het belangrijk dat het gebruik van de interventie duurzaam is, zodat de interventie ook op langere termijn tot gewenste resultaten blijft leiden. De vernieuwing moet *'een structurele plaats krijgen'* in het handelen van de hulpverleners (Hulscher, Wensing, & Grol, 2000). Er is nog niet veel bewijs over factoren die de duurzaamheid verzekeren na implementatie in de praktijk (Flay et al., 2005), maar er zijn wel aanwijzingen dat het monitoren van uitvoering en uitkomsten en het benutten van de monitorgegevens bijdragen aan duurzame implementatie (Mazzucchelli & Sanders, 2011; Moulding, Silagy, & Weller, 1999; Van Yperen & Veerman, 2008).

Bekend is dat de toepassing van de interventie kan verwateren of dat kleine verschuivingen in de doelgroep kleine aanpassingen nodig maken. Flay en collega's (2005) beschrijven dat instrumenten om te monitoren onder andere zichtbaar kunnen maken of de interventie is uitgevoerd zoals bedoeld en wat de uitkomsten zijn. Dit is dus implementatie in enge en brede zin. Zo kan bijvoorbeeld inzichtelijk worden dat een bepaald onderdeel van de interventie nooit uitgevoerd wordt, terwijl het wel een belangrijk onderdeel is om te komen tot resultaten bij de jeugdigen. Dit soort data moet beschikbaar zijn voor implementatie, zodat de implementatieaanpak continu onderhouden of verbeterd kan worden (Flay et al., 2005).

Met duurzame implementatie bedoelen we nadrukkelijk *niet* het rigide vasthouden aan een werkwijze, maar vasthouden aan wat goed werkt en ontwikkelen wat beter kan.

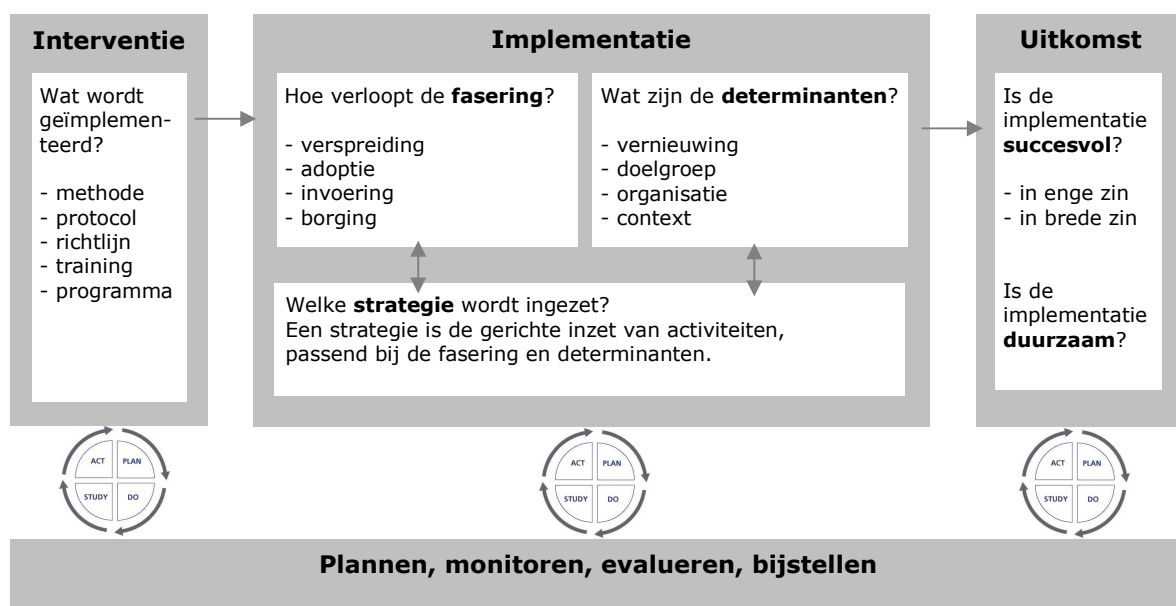
Figuur 2.2 *Succesvolle en duurzame implementatie*

Succesvolle implementatie	in enge zin	de interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld (programma-integriteit)
	in brede zin	de interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld èn dit zorgt voor het beoogde resultaat (programma-integriteit en doeltreffendheid)
Duurzame implementatie		de interventie wordt blijvend uitgevoerd zoals bedoeld èn leidt steeds tot de beoogde resultaten (duurzame programma-integriteit en doeltreffendheid)

2.5 Model voor implementatie

In figuur 2.3 staat het proces van implementeren schematisch in een model weergegeven: een *interventie* wordt *geïmplementeerd* met het oog op het behalen van een bepaalde *uitkomst*. Voor het proces is het van belang dat er een PDSA cyclus doorlopen wordt: plannen, monitoren, evalueren, bijstellen. Hierbij moet steeds oog zijn voor de interventie (wat moet er geïmplementeerd worden), voor de beoogde uitkomst (wat moet er behaald worden) en natuurlijk voor de implementatie.

Figuur 2.3. *Proces van implementatie van interventies in de jeugdzorg*



De begrippen *fasering*, *determinanten* en *strategie* blijken uit de literatuur de kern te vormen van het implementeren. In de loop van dit eerste deel van het proefschrift komt uitgebreid aan bod wat er vanuit literatuur bekend is over de verschillende aspecten van implementatie (hoofdstuk 3). Daarnaast staan we stil bij praktijkervaringen met implementatie van ontwikkelaars van jeugdzorginterventies (hoofdstuk 4).

3 Factoren van succesvolle implementatie volgens de literatuur

3.1 Dataverzameling

Om de beschikbare kennis over implementatie in de jeugdzorg en aanverwante disciplines te ontsluiten, is een literatuurstudie verricht. Deze literatuurstudie had een explorerend karakter, maar werd steeds gestuurd door de concrete vraag hoe een interventie het beste geïmplementeerd kan worden in een jeugdzorginstelling.

Er is gebruik gemaakt van de databases PsychInfo, Medline, Eric, Ebsco, Google Scholar en Picarta. Al snel bleek dat er geen overzichtsstudies beschikbaar zijn over implementatie in de jeugdsector. Daarom is in eerste instantie uit de veranderkunde en de medische wetenschap een aantal boeken over implementatie bestudeerd en is in databases gezocht naar recente overzichtsstudies vanaf 2000 tot 2010. Deze zoektocht had als doel om de veelgebruikte theorieën en uitgangspunten in beeld te krijgen. Vervolgens is met behulp van de sneeuwbalmethode gezocht naar relevante literatuur in de referenties van de gevonden artikelen en boeken. Wanneer de gevonden literatuur vragen oproep of een belangrijk thema onvoldoende aan de orde kwam, is op dat specifieke onderwerp verder gezocht met behulp van de databases en referentielijsten.

De zoekacties hebben honderden artikelen over implementatie en aanverwante thema's opgeleverd. Ongeveer tweehonderd artikelen en boeken zijn bestudeerd en gebruikt om een overzicht te krijgen van de stand van kennis over implementatie en -strategieën. Er is zo veel mogelijk gezocht op het gebied van sociale wetenschappen en gezondheidszorg. De sociale wetenschappen (pedagogiek, psychologie, sociologie) sluiten het beste aan bij de jeugdzorgcontext. In de gezondheidszorg is een langere onderzoekstraditie op het gebied van implementatie (Hemsley-Brown & Sharp, 2004).

Een aantal bronnen vat al een grote hoeveelheid van de beschikbare literatuur samen; op die

bronnen worden veel uitspraken gebaseerd. Het gaat om het boek van Grol en Wensing uit 2006, het boek van Rogers uit 1995 en de overzichtstudies van Fleuren en collega's (2002, 2004, 2006).

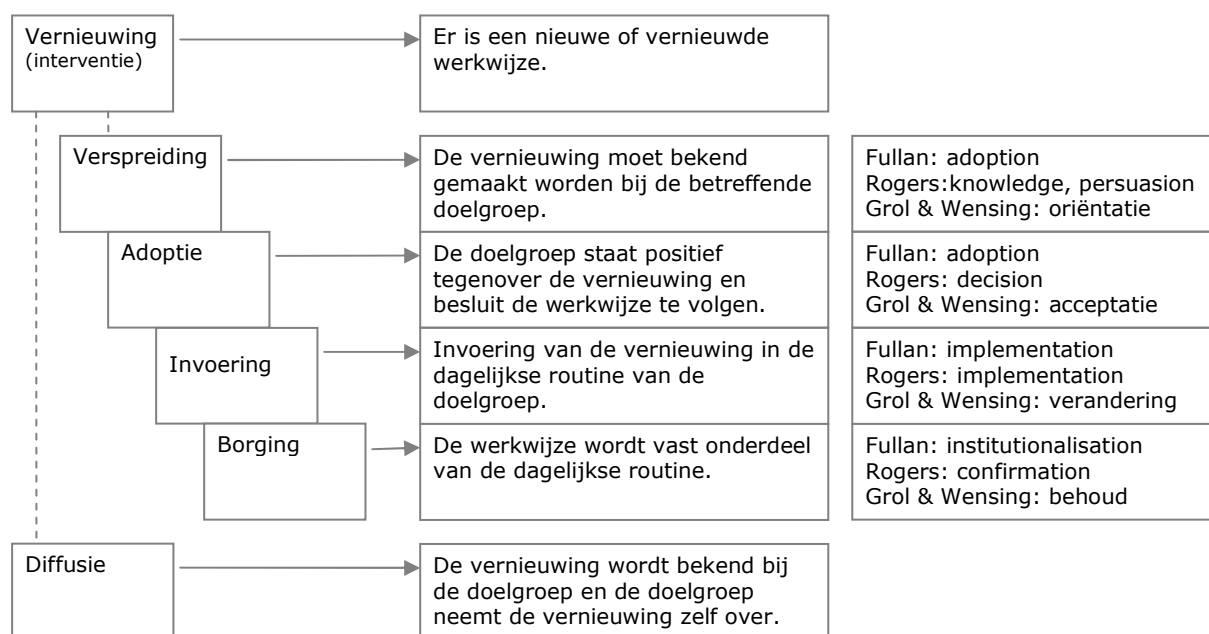
Uit de literatuurstudie komen drie kernbegrippen naar voren: fasering, determinanten, strategieën. Deze begrippen vormen de kapstok voor dit hoofdstuk.

3.2 Fasering van het implementatieproces

Het implementeren van een interventie in de jeugdzorg is te beschouwen als de verspreiding van een vernieuwing. In de literatuur van uiteenlopende wetenschappelijke disciplines wordt in dit verband nog altijd veel teruggegrepen op de theorie over *'the diffusion of innovations'* van Rogers uit de jaren zestig (Goldman, 2003). Onder *diffusie* wordt verstaan dat de vernieuwing bekend raakt bij de doelgroep en dat deze de vernieuwing vanzelf overneemt. Een dergelijke natuurlijke verspreiding van een vernieuwing duurt vaak lang en verloopt niet altijd succesvol (Rogers, 1995). Er is steeds meer behoefte gekomen aan het actief beïnvloeden en versnellen van het proces (Hulscher et al., 2000; Grol & Wensing, 2006).

Om het proces van implementeren beter te begrijpen en het vervolgens te kunnen beïnvloeden, worden er verschillende fasen onderscheiden (o.a. Fullan, 1992; Grol & Wensing, 2006; Rogers, 1995). De termen diffusie, disseminatie, adoptie, implementatie en borging worden vaak gebruikt in de literatuur over implementatie. Het is verwarrend dat deze termen in de literatuur zowel naast elkaar - als afzonderlijke begrippen met een eigen betekenis - als door elkaar - als begrippen met eenzelfde betekenis - gebruikt worden. In figuur 3.1 staan de in dit proefschrift gehanteerde definities van de vier fasen om het implementatieproces van interventies in de jeugdzorg aan te duiden: *verspreiding*, *adoptie*, *invoering* en *borging*. Rechts in de figuur worden alternatieve benamingen weergegeven.

Figuur 3.1. *Fasen in een implementatieproces, definities en alternatieve benamingen* (Davis & Taylor-Vaisey, 1997; Fullan, 1992; Rogers, 1995; Grol & Wensing, 2006)



3.2.1 Vier fasen

Verspreiding

De interventie moet in deze fase bekend raken bij de toekomstige gebruikers, de hulpverleners in de jeugdzorg. Zij nemen kennis van de aanwezigheid en de inhoud van de interventie. Alternatieve benamingen in de literatuur voor deze fase zijn disseminatie (Berwick, 2003), oriëntatie en inzicht (Grol & Wensing, 2006), kennismaken, overtuigen (Rogers, 1995).

Adoptie

De tweede fase is voornamelijk een mentale fase. Deze fase is succesvol wanneer de toekomstige gebruikers van de interventie positief tegenover de interventie staan en zij besluiten deze werkwijze te volgen. Alternatieve benamingen voor deze fase zijn besluit (Rogers, 1995) en verandering (Grol & Wensing, 2006).

Invoering

Deze derde fase wordt gekenmerkt door actie. Hulpverleners starten met het gebruiken van de interventie in de dagelijkse routine van het werk. Deze fase wordt veelal aangeduid met het begrip implementatie (Fleuren et al., 2002; Fullan, 1992; Rogers, 1995). Aangezien in dit proefschrift onder implementatie het gehele proces van verspreiden, adopteren, invoeren en borgen verstaan wordt, noemen we deze stap hier invoering.

Borging

De laatste fase kenmerkt zich door het behoud van de ingevoerde vernieuwing. De vernieuwing, in dit geval een interventie in de jeugdzorg, is dan onderdeel van de dagelijkse routine. Dit is echter geen eindpunt, maar een continue activiteit, waarbij ook onderhoud van de interventie hoort, door bijvoorbeeld evaluatie en aanpassing. Alternatieve benamingen voor deze fase zijn institutionalisatie (Fullan, 1992), confirmatie (Rogers, 1995), behoud (Grol & Wensing, 2006) en continuering (Fleuren et al., 2002).

3.2.2 Een cyclisch proces

Het onderscheiden van de verschillende fasen geeft, zoals gezegd, inzicht in het proces. Daarbij moeten we echter twee dingen opmerken. Ten eerste zijn de verschillende fasen van het implementatieproces noodzakelijke ingrediënten voor dat proces. Uit onze definitie blijkt de verbondenheid tussen de begrippen; implementatie is meer dan alleen invoering. Een

‘procesmatige en planmatige invoering’ vraagt verspreiding van een vernieuwing en adoptie door gebruikers. Duurzame implementatie, het ‘blijvend’ uitvoeren van de interventie en de ‘blijvende’ resultaten, kan alleen verkregen worden wanneer er sprake is van een goede borging van de interventie.

Ten tweede is het niet vanzelfsprekend dat de fasen elkaar automatisch opvolgen (Rogers, 1995). In het jeugdzorgveld is het bijvoorbeeld niet ondenkbaar dat een interventie enthousiast verspreid wordt, maar dat het nooit tot invoering komt. Heel herkenbaar is dat een aantal teams in een organisatie de interventie al gaan gebruiken, terwijl deze nog niet goed is verspreid bij een aantal andere teams en zodoende niet door de hele doelgroep wordt geadopteerd. In de borgingsfase kan blijken dat aanpassingen nodig zijn, waardoor in feite het proces weer van voor af aan begint: de aanpassing verspreiden, adopteren, invoeren en borgen. Het implementatieproces is dan een cyclisch proces.

3.3 Determinanten van het implementatieproces

In de literatuur over implementatie wordt veel geschreven over beïnvloedende factoren, ofwel determinanten van het implementatieproces. Deze determinanten hebben een belemmerende of bevorderende werking op het implementatieproces en worden in de literatuur geclusterd naar kenmerken van de *vernieuwing* zelf, van de toekomstige *doelgroep* die met de vernieuwing gaat werken, van de *organisatie* en van de *sociaal politieke context* waarin het proces zich afspeelt (Berwick, 2003; Fleuren et al., 2002; Gladwell, 2000, Graczyk, Domitrovich, Small, & Zins, 2006; Rogers, 1995).

3.3.1 Kenmerken van de vernieuwing

Uit de generieke literatuur over implementatie komen aanwijzingen naar voren dat de kans op succesvolle implementatie groter is wanneer de vernieuwing aan een vijftal kenmerken voldoet (Berwick, 2003; Rogers, 1995; Van Yperen, 2003).

- *Het verwachte voordeel van de vernieuwing* – Individuen zijn eerder geneigd een vernieuwing te adopteren wanneer ze denken dat het ze kan helpen. In geval van een interventie in de jeugdzorg zal deze sneller uitgevoerd gaan worden door hulpverleners wanneer zij verwachten dat zij jeugdigen er beter mee kunnen helpen of wanneer de interventie antwoord biedt op handelingsverlegenheid.
- *Passend bij de waarden, overtuigingen, geschiedenis en behoeften van de gebruiker* – Als een professional gelooft in de werkzaamheid van een interventie en als deze aansluit bij de werkwijze die al gehanteerd werd, zal het makkelijker zijn de nieuwe werkwijze over te nemen.
- *De mate van complexiteit van een vernieuwing* – Over het algemeen verspreiden eenvoudige vernieuwingen zich sneller dan ingewikkelde. Een interventie moet bijvoorbeeld goed omschreven zijn en gericht zijn op degene die er mee moeten werken (Fixsen et al., 2005), zodat direct duidelijk is wat de bedoeling is.
- *Of een vernieuwing uit te proberen is* – Professionals zullen sneller geneigd zijn een interventie te gaan gebruiken als zij deze (of onderdelen) bij een aantal cliënten of in een proefsituatie kunnen uitproberen, voordat definitieve doorvoer plaatsvindt.
- *Observeerbaarheid bij anderen* – Wanneer een professional kan zien hoe een collega de interventie gebruikt en wat de voor- en nadelen ervan zijn, zal het implementatieproces soepeler verlopen.

Aan deze vijf veelbesproken kenmerken voegen we nog een zesde kenmerk toe: implementatie zal soepeler verlopen, wanneer er ruimte is voor *flexibele inzet door de gebruiker*. Die flexibele inzet heeft twee redenen. Ten eerste vindt gedurende een implementatieproces vaak een bepaalde mate van aanpassing plaats, meestal in de fase van invoering. In de implementatieliteratuur wordt dit ook wel *'re-invention'* genoemd: het opnieuw uitvinden van een vernieuwing (Rogers, 1995). Dit ontstaat bijvoorbeeld wanneer een interventie te complex is en de gebruikers de interventie versimpelen. Wat ook voorkomt, is dat een interventie bewust iets aangepast wordt, zodat het een 'eigen product' wordt en daarom beter aansluit bij de waarden en opvattingen van de gebruikers. Dit stuk eigenaarschap over een vernieuwing blijkt de weerstand tegen implementatie te verminderen (Fleuren et al., 2002; Van Yperen & Bakker, 2008).

Een tweede reden om een interventie in de praktijk flexibel toe te kunnen passen, is dat deze moet aansluiten bij de individuele cliënt. Zoals eerder gezegd heeft het jeugdzorgveld te maken met complexe problematiek van jeugdigen en ouders; per gezin kan het nodig zijn om andere accenten aan te brengen in de hulpverlening. Dit is echter geen vrijbrief om een goed onderbouwde interventie bij elke cliënt totaal verschillend uit te voeren, het vraagt iets van interventies in de jeugdzorg en van hulpverleners. Interventies moeten een hulpverlener voldoende mogelijkheden bieden om binnen een bepaalde bandbreedte flexibel in te gaan op specifieke behoeften van cliënten (het eerder genoemde responsiviteitsprincipe). De interventie zou duidelijk moeten maken wat de werkzame ingrediënten zijn die hoe dan ook uitgevoerd moeten worden en hoe flexibel op verschillende situaties is in te spelen. Verder moet duidelijk zijn voor welke doelgroep de interventie bedoeld is, zodat de interventie aansluit bij de cliënt. Anders bestaat het gevaar dat de interventie uitgevoerd wordt bij cliënten waarvoor de aanpak helemaal niet geschikt is.

De inzichten over de belemmerende en bevorderende werking van determinanten van de vernieuwing zijn goed toe te passen op interventies in de jeugdzorg:

- de interventie moet een voordeel opleveren voor de hulpverlener;
- de omschrijving moet aansluiten bij de waarden en behoeften van de hulpverlener;
- de interventie moet concrete aanwijzingen geven voor het handelen van de hulpverlener;
- er moet een mogelijkheid zijn om de interventie of onderdelen ervan uit te proberen;

- er moet observeerbaar zijn of er positieve veranderingen optreden bij de jeugdige en diens gezin;
- de uitvoering van de interventie moet voldoende flexibel zijn, zodat responsief aangesloten kan worden bij individuele cliëntkenmerken

Een interventie die aan deze punten voldoet, zal eerder door hulpverleners worden uitgevoerd en daarmee wordt de kans op de beoogde uitkomst, namelijk effectieve hulp voor jeugdigen en ouders, vergroot.

3.3.2 Kenmerken van de doelgroep

Het tweede cluster van determinanten wordt gevormd door kenmerken van de *doelgroep*, ofwel de toekomstige gebruiker van de vernieuwing. In het geval van implementeren van interventies in de jeugdzorg zijn de hulpverleners in de jeugdzorg de *doelgroep* die met de interventie gaat werken.

Een groot deel van die hulpverleners is professional in een sociaal-agogisch beroep. Zij houden zich beroepsmatig bezig met het opvoeden van jeugdigen in alle ontwikkelingsfasen en in relatie met hun omgeving (Vlaar, Van Hatten, Van Dam, & Broeken, 2006). Deze professionals werken vaak autonoom en er is veel discretionaire ruimte in hun handelen, de ruimte die zij hebben om binnen de bestaande kaders elke jeugdige individueel te benaderen. Professionals zien in dit verband niet onverdeeld het nut van methodieken, handleidingen en richtlijnen (Baumann et al., 2006), zij zien het vaak als een beperking van hun ruimte.

Uit onderzoek blijkt dat professionals die een handleiding belangrijk vinden, deze ook vaker gebruiken (Baumann et al., 2006). Het invoeren van een interventie, een implementatieproces, vraagt in elk geval een positieve perceptie van het nut van de interventie en een gedragsverandering van professionals.

Meer in het algemeen geldt dat een interventie bekend moet raken bij de hulpverleners (verspreiding), de interventie moet door de hulpverleners positief ontvangen worden (adoptie) en tot slot duurzaam gebruikt worden (invoering en borging). Dit betekent dat een professional moet *weten* dat er een vernieuwde werkwijze is en deze moet *willen* en *kunnen* gebruiken. Belemmeringen in het proces treden op wanneer er barrières zijn in dit weten, willen en kunnen.

Zoals we het implementatieproces omschrijven aan de hand van de fasen verspreiding, adoptie, invoering en borging, is het proces van gedragsverandering bij individuele professionals volgens Moulding, Silagy en Weller (1999) te omschrijven aan de hand van de vijf stadia van gedragsverandering uit het transtheoretische model van Prochaska en DiClemente (1983).

- *Voorbeschouwende fase (precontemplatie)* – Een professional die zich in deze fase bevindt, is zich nog niet bewust van de mogelijkheid tot veranderen. Het kan zijn dat professionals niet *weten* dat er een vernieuwing is (Cabana et al., 1999), of wellicht weten zij niet precies wat de vernieuwing inhoudt of per wanneer deze ingaat.
- *Overpeinzingsfase (contemplatie)* – In de tweede fase vindt bewustwording plaats van de vernieuwing, maar er is nog niet besloten om deze ook te gaan gebruiken. Er heeft verspreiding van de vernieuwing plaatsgevonden, maar de vernieuwing moet nog geadopteerd worden. Het *weten* is aanwezig, het *willen* ontbreekt. Dit kan veroorzaakt worden doordat professionals het niet eens zijn met de vernieuwing, doordat ze geen vertrouwen hebben dat de vernieuwing een verbetering brengt, of doordat ze (nog) niet bereid zijn oud gedrag los te laten (Cabana et al., 1999).
- *Voorbereidingsfase* – In de derde fase ontwikkelt de professional de wil om te veranderen, maar gaat nog niet tot verandering over. Een vernieuwing is geadopteerd, maar nog niet ingevoerd. Het is mogelijk dat de professionals niet *kunnen* werken met de vernieuwing. Een gebrek aan vaardigheden om er mee te werken kan dat bijvoorbeeld veroorzaken, of onvoldoende zelfvertrouwen bij de professional (Cabana et al., 1999).
- *Actiefase* – In deze fase zien professionals de meerwaarde van de vernieuwing en brengen dit ook ten uitvoer: ze *weten*, *willen* en *kunnen* veranderen. De daadwerkelijke invoering van de vernieuwing vindt in deze fase plaats.
- *Fase van gedragsbehoud* – In de laatste fase is het zaak om het gedrag vast te houden, te borgen. Het gedrag wordt onderdeel van de dagelijkse routine van de professional.
- *Terugval* – In elk stadium kan *terugval* naar een eerder stadium plaatsvinden, waardoor sommige stadia meerdere malen doorlopen worden. Wanneer belemmeringen in een bepaalde fase optreden, is het goed mogelijk dat professionals terugvallen op hun oude werkwijze.

Professionals die zich in de actiefase bevinden, zullen sneller overgaan tot verandering, terwijl er bij professionals in de voorbeschouwende fase wellicht meer stimulatie of ondersteuning nodig is. Hoe hier bij het selecteren van implementatiestrategieën rekening mee gehouden kan worden, komt later aan de orde. Vaak gaat het bij de implementatie van een interventie in de jeugdzorg echter niet alleen om individuele professionals die een gedragsverandering moeten doormaken, maar om groepen professionals, zoals een team of een aantal teams waar een vernieuwde werkwijze wordt geïmplementeerd. Het is dan erg omvangrijk en complex om strategieën aan te passen op elk individu afzonderlijk. De samenstelling van een groep professionals kan echter ook aanwijzingen geven voor het selecteren van strategieën.

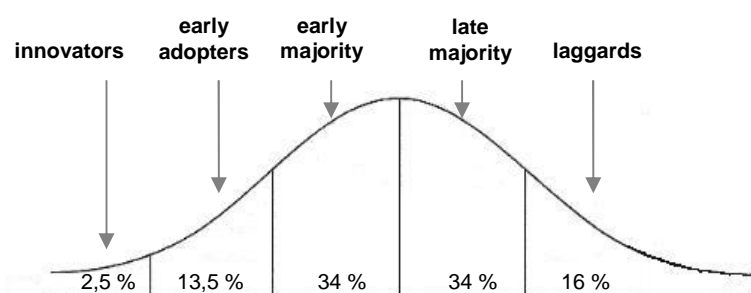
Een groep is in eerste instantie een verzameling van individuen, waarin met het oog op verandering vijf typen te onderscheiden zijn: *innovators*, *early adopters*, *early majority*, *late majority* en *laggards* (Rogers, 1995; Berwick, 2003).

- *Innovators* zijn personen die risico's niet uit de weg gaan, gefascineerd raken door vernieuwingen en gewillig zijn om te leren. Ze vertegenwoordigen niet de mening van de grote groep, soms staan ze er juist een beetje los van en zijn ze met een eigen specifiek onderwerp bezig.
- De *early adopters* zijn de echte 'opinieleiders'. Ze worden bekeken door andere leden van de groep; het zijn informele leiders. Ze zijn sociaal betrokken bij de groep, geïnteresseerd in elkaar en de innovators. Ze proberen nieuwe dingen uit en vertellen erover. Deze opinieleiders blijken uit onderzoek onmisbaar in implementatieprocessen vanwege hun invloed op andere leden van de groep.
- De *early majority* leert vooral van mensen die ze goed kennen en vertrouwen op ervaringen van bijvoorbeeld collega's. Ze vertrouwen minder op wetenschap of theorie wanneer ze iets nieuws uitproberen. Ze zijn vooral benieuwd naar vernieuwingen die direct van invloed zijn op hun behoeften of werkpraktijk.
- De *late majority* neemt een vernieuwing over wanneer het eigenlijk al de nieuwe manier van werken is. Ze wachten dus op lokaal bewijs van de vernieuwing, door voorbeelden die ze zien in gedrag of handelen van hun collega's.
- De *laggards* is onder meer de groep traditionele mensen, die liever vasthoudt aan de oude manier van werken dan dat ze iets nieuws uitproberen. Ze zijn meer behoudend dan de overige typen.

Het blijkt uit onderzoek dat de verdeling van de verschillende typen mensen in een groep bepalend is voor de snelheid van implementatie (Rogers, 1995). Als we de typen van Rogers naast de stadia van gedragsverandering volgens Prochaska en DiClemente zetten, lijken innovators en early adopters sneller in de actiefase terecht te komen en minder tijd nodig te hebben voor de fasen die daaraan voorafgaan. De early majority heeft meer tijd nodig voor overpeinzing en voorbereiding en laat zich daar graag bij helpen door naar opinieleiders te kijken. De late majority gaat pas over tot actie als de vernieuwing reeds is ingevoerd en de laggards komen helemaal moeilijk tot actie. Deze twee laatste groepen zijn echter wel sterk in de borging van een vernieuwing wanneer deze eenmaal doorgevoerd is. Zij zullen de werkwijze blijven vasthouden, terwijl innovators en early adopters wellicht sneller weer op zoek gaan naar iets nieuws.

Bij een succesvolle implementatie van vernieuwingen lijken de typen een normaalverdeling te vormen (Rogers, 1995, zie ook figuur 3.2). Er zijn dan voldoende innovators en early adopters aanwezig om een vernieuwing aan te jagen. De opinieleiders uit de groep van early adopters hebben een belangrijke rol in het motiveren en activeren van de early majority. Als zij overtuigd zijn, nemen ze de late majority en uiteindelijk zelfs de laggards mee in de vernieuwingsslag. Rogers merkt daarbij op dat dit alleen geldt voor succesvolle implementatietrajecten. Een andere uitkomst is dat na de eerste enthousiastelingen de grote groep afhaakt en de vernieuwing een vroege dood sterft.

Figuur 3.2. Typen veranderaars, naar Rogers (1995)



De vraag is of er bij implementatie van interventies in de jeugdzorg ook sprake is van een normaalverdeling, of dat de groep professionals anders verdeeld is. Welke invloed heeft dit op het implementatieproces? Implementatieprocessen in de jeugdzorg verlopen moeizaam. Een mogelijke verklaring voor moeizame implementatieprocessen zou kunnen zijn dat er

weinig innovators en early adopters zijn tussen de uitvoerende professionals in de jeugdzorg en dat vernieuwingen daardoor moeilijk op gang komen. Een andere mogelijkheid is dat de opinieleiders er wel zijn, maar dat de grote groep onvoldoende ruimte krijgt om aansluiting te vinden bij deze voorlopers. Of misschien worden veranderingen door innovators en early adopters te snel achtereen ingezet en leidt dat tot een middengroep die afwacht in plaats van meegaat. De early majority laat zich dan niet leiden door opinie leiders en trekt dan ook de late majority en laggards niet mee. Deze hypothese is interessant voor verder onderzoek.

Hoe dan ook, de doelgroep is een belangrijke schakel in het implementatieproces van interventies in de jeugdzorg, want de hulpverleners bepalen uiteindelijk of een vernieuwing wel of niet wordt overgenomen. Een interventie in de jeugdzorg zal sneller succesvol geïmplementeerd worden indien:

- hulpverleners weten wat de interventie inhoud en als zij de interventie willen en kunnen gebruiken;
- er in een groep – een team, afdeling of organisatie – een goede verdeling van verschillende typen veranderaars bestaat;
- opinieleiders actief worden ingezet om anderen in de groep mee te krijgen in de verandering, en deze ‘anderen’ vervolgens de ruimte krijgen om mee te gaan.

3.3.3 Kenmerken van de organisatie

In de literatuur worden veel kenmerken van de *organisatie* omschreven die een negatieve invloed hebben op het verloop van het implementatieproces. Veel projecten zijn nog altijd gedoemd te mislukken vanwege een gebrek aan draagvlak en sturing vanuit het management, veel te optimistische verwachtingen, een onrealistische planning en onvoldoende mogelijkheid om de benodigde implementatiestrategieën in te zetten (Van Yperen, 2004).

Beïnvloedende factoren met betrekking tot organisaties die in de literatuur besproken worden, zijn onder te verdelen in drie thema's: besluitvorming, samenstelling van de organisatie en randvoorwaarden. Op elk thema zijn er risico's te onderscheiden, die maken dat een implementatieproces kan stagneren.

Er zijn echter ook voldoende aangrijpingspunten om het proces in positieve zin te beïnvloeden. Hieronder wordt de drie thema's ander toegelicht.

- *Besluitvorming* - Wanneer de organisatie in haar besluitvorming aansluit bij wet- en regelgeving in de bredere context, zal dit bevorderend werken op

implementatieprocessen, bijvoorbeeld omdat er dan middelen vrijkomen om de vernieuwing te implementeren (Fleuren et al., 2002). Besluitvorming dient in organisaties zowel centraal (door management) als decentraal (door professionals) plaats te vinden, er moet committent zijn op de verschillende niveaus (Fleuren et al., 2002; Nutley & Davies, 2000; Rogers, 1995; Van Yperen, 2003). Centrale besluitvorming over een vernieuwing en formele bekrachtiging door het management werken bevorderend op de verspreiding en adoptie van een vernieuwing. Dit komt doordat het legitimering geeft aan de implementatie en doordat de gecreëerde randvoorwaarden ondersteunend werken. Decentrale besluitvorming zorgt voor draagvlak bij de gebruikers en versnelt de daadwerkelijke implementatie doordat er minder weerstand is bij de gebruikers. Beslislijnen moeten zo kort mogelijk zijn, zodat bijsturing van het proces snel kan gaan en communicatielijnen niet verstoord worden (Fleuren et al., 2002).

- *Samenstelling van de organisatie* - Voldoende capaciteit, weinig personeelsverloop en een goede samenwerking tussen afdelingen werkt bevorderend bij een implementatieproces. De structuur van de organisatie moet resultaatgericht zijn in tegenstelling tot functiegericht, omdat er dan op eindproducten en verbeteringen gestuurd wordt in plaats van op deelproducten. Zo zien gebruikers eerder het nut van de implementatie en raken zij meer betrokken. Professionals moeten betrokken worden bij de keuze voor de interventie (Van Yperen, 2003). Wanneer er een beperkt aantal mensen betrokken is bij de implementatie, werkt dit bevorderend, doordat deze mensen makkelijker communiceren, er een nauwere samenwerking is en grotere betrokkenheid is (Fleuren et al., 2002). Dit staat op gespannen voet met de bevinding dat potentiële gebruikers betrokken moeten worden, want dit kunnen er heel veel zijn. Het is daarom belangrijk om sleutelpersonen, zoals opinieleiders en mensen met expertise van binnen de organisatie, in te schakelen.
- *Randvoorwaarden* - De mate waarin de benodigde randvoorwaarden aanwezig zijn voor het invoeren van een vernieuwing, is belangrijk voor het slagen van een implementatieproces (Fleuren et al., 2002; Mihalic, Irwin, Fagan, Ballard, & Elliot, 2004; Fixsen et al., 2005; Gregory, Henry, & Schoeny, 2007). Dit kan zich uiten in geld, tijd of materiële voorzieningen, maar ook in administratieve, technische of inhoudelijke ondersteuning bij het werk. Verder is het belangrijk dat er expertise

over het implementatieproces aanwezig is, bijvoorbeeld in de vorm van een ervaren coördinator. Hierdoor kunnen onzekerheid en beginnersfouten worden voorkomen, waardoor het proces soepeler en sneller verloopt (Fleuren et al., 2002; Van Yperen, 2003).

Het belang van rekening houden met bovenstaande factoren zal geen verrassing zijn, maar onderschatting ervan vormt nog al te vaak de oorzaak waardoor implementatieprocessen stagneren en vernieuwingen onvolledig worden ingevoerd. Voor organisaties in de jeugdzorg is het daarom van cruciaal belang om deze punten serieus te nemen. Er zijn namelijk voldoende aangrijpingspunten voor succesvolle implementatie die voor een organisatie in de jeugdzorg beïnvloedbaar zijn:

- Het management van een organisatie moet achter het invoeren van de interventie staan en moet de uitwerking ondersteunen, maar besluiten hierover liggen zowel bij hen als bij professionals.
- Er moet capaciteit gecreëerd worden voor het implementeren van interventies en er moet zorg zijn voor het behoud van goed personeel en interne samenwerking.
- Het is cruciaal om een gezamenlijk doel of een bepaalde uitkomst voor ogen te houden en hierop de monitoren, om te zien of het invoeren van de interventie daadwerkelijk tot verbeteringen heeft geleid.
- Tot slot valt of staat een implementatietraject met de af- of aanwezigheid van randvoorwaarden in de vorm van geld, tijd, materiaal, ondersteuning en expertise.

3.3.4 Kenmerken van de context

In het algemeen blijkt uit de literatuur dat verschillende actoren uit de context van een vernieuwing invloed kunnen hebben op het implementatieproces. Het gaat dan bijvoorbeeld om invloed van jeugdigen en gezinnen: wanneer zij een interventie heel onprettig vinden, zal deze moeilijker te implementeren zijn. Er kan ook invloed uitgaan van samenwerkingspartners of meningen die in de maatschappij spelen, zoals opinies over het harder straffen tegenover het behandelen van criminele jeugdigen. Medewerking van verwijzende instanties is belangrijk voor het implementeren van interventies in de jeugdzorg, evenals inpasbaarheid van de interventie in bestaande wet- en regelgeving en randvoorwaarden, zoals financiering en materiële voorzieningen vanuit de gemeente of provincie.

Meer specifiek willen we de aandacht vestigen op een aantal spanningen die spelen in de context van het jeugdzorgveld. De jeugdzorg staat namelijk volop in de maatschappelijke belangstelling (Groen, Ooms & Loeffen, 2005). In positieve zin wordt het belang van de opvoeding erkend door het opnemen van het recht op jeugdzorg in de wet en door de aandacht die uitgaat naar jeugd en gezin. In negatieve zin is er veel belangstelling uitgegaan naar een aantal incidenten die tot onrust in de maatschappij en bij professionals in het veld hebben geleid, zoals de casussen ‘Savannah’ en ‘Brandon’.

Verbetering en ontwikkeling van de jeugdzorg staat dus hoog op de agenda, maar het is een werkveld waarin verschillende actoren participeren: politici, bestuurders, professionals en cliënten. Het is daardoor een werkveld waar spanningen ontstaan tussen het institutionele regime van de sector, de oriëntatie van organisaties en professionals en de vraag van cliënten (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2004).

De hiërarchische organisatie en bemoeienis vanuit de (lokale) overheid staat bijvoorbeeld op gespannen voet met de autonomie van professionals. Wetten en regelgeving beogen de werkwijze van professionals te reguleren en uniformeren, terwijl deze professionals vanuit hun diversiteit aan opleiding en ervaring verschillende ideeën hebben over hoe ze hun werk het beste kunnen doen.

Bureaucratie moet worden teruggedrongen, terwijl tegelijkertijd het belang van onderzoek en verantwoording steeds duidelijker wordt, voor politici, bestuurders, professionals en cliënten. Er is veel politieke druk en druk van wetenschappers op het top-down implementeren van effectieve interventies en geprotocolleerd werken. Dit kan ten koste gaan van de betrokkenheid en inventiviteit van professionals, omdat ze zich niet voldoende ‘eigenaar’ voelen van de interventie en onvoldoende mogelijkheden tot vraaggericht werken ervaren.

De genoemde spanningen zijn niet zomaar weg te nemen, maar kleuren de dagelijkse gang van zaken en daarmee ook de implementatieprocessen in organisaties in de jeugdzorg. De mate waarin professionals open staan voor een vernieuwing wordt mede bepaald door hoe organisaties omgaan met die spanningen en welke randvoorwaarden er gecreëerd worden.

3.3.5 Determinantenanalyse

Om de kans op effectieve en duurzame implementatie te vergroten, is inzicht nodig in de beïnvloedbare factoren van de vernieuwing: de doelgroep, de organisatie en de bredere context. Implementatiedeskundigen raden daarom aan om een determinantenanalyse uit te voeren, voorafgaand aan de daadwerkelijke implementatie van een interventie. Aan de hand

van die analyse kunnen vervolgens passende strategieën ingezet worden (Fleuren et al., 2004; 2006; Grol & Wensing, 2006). Wanneer een determinantenanalyse niet vooraf plaats vindt, is het goed mogelijk dat een aanpak wordt gehanteerd die gedoemd is te mislukken, doordat belangrijke negatieve determinanten vrij spel hebben. Door echter een gerichte keuze voor strategieën te maken, is het mogelijk de negatieve determinanten te controleren en de positieve determinanten te versterken.

3.4 Implementatiestrategieën en - activiteiten

Uit de voorgaande paragraaf is duidelijk geworden dat implementatie een proces is en dat dit proces onder invloed staat van determinanten. Er is een duidelijke behoefte om het implementatieproces te beïnvloeden en dat vraagt om een planmatige aanpak. Deze aanpak is erop gericht om de implementatie actief en gericht te stimuleren met behulp van activiteiten die de negatieve determinanten afzwakken en de positieve versterken. We noemen een dergelijke planmatige aanpak een *implementatiestrategie*. We noemen de activiteiten die ontplooid worden om een interventie te implementeren *implementatieactiviteiten*.

Opmerkelijk is dat het onderscheid tussen een strategie en activiteiten in de literatuur niet gemaakt wordt; er wordt al gauw gesproken van een strategie, ook als die niet planmatig is ingezet. We vinden het belangrijk om dit onderscheid te maken, omdat er in de jeugdzorg vaak lukraak activiteiten worden ingezet, zonder dat bedacht wordt of dit ook de juiste aanpak is om de betreffende interventie te implementeren.

Een strategie kan bestaan uit een enkele activiteit, zoals het informeren van hulpverleners over een nieuwe aanpak in een behandelgroep of het trainen van hulpverleners in een nieuwe aanpak. Vaker zal een strategie bestaan uit een combinatie van activiteiten, zoals het informeren van professionals over een nieuwe interventie en een training in de interventie en supervisie gedurende uitvoering van de interventie.

In deze paragraaf wordt duidelijk wat er uit onderzoek naar voren komt over de inzet van verschillende activiteiten en hoe de jeugdzorg gebruik kan maken van deze kennis.

3.4.1 Onderzoek naar implementatieactiviteiten

In verschillende disciplines is de laatste decennia aandacht geweest voor de inzet van uiteenlopende activiteiten om de implementatie van vernieuwingen te stimuleren. In het onderzoek naar deze activiteiten vallen drie dingen op. Ten eerste is de effectiviteit niet altijd duidelijk, doordat het onderzoek van wisselende kwaliteit is. Zo ligt er niet altijd een theorie ten grondslag aan de inzet van de activiteiten die in onderzoek beschreven zijn en er is nauwelijks aandacht voor de koppeling van activiteiten aan beïnvloedende factoren (Fleuren et al., 2004). Het is dan ook de vraag of we werkelijk van een strategie – een planmatige inzet van activiteit(en) – kunnen spreken.

Ten tweede valt op dat er weinig onderscheid gemaakt wordt naar de fase van het implementatieproces waarop de activiteit ingrijpt. Traditioneel wordt er veel gebruik gemaakt

van activiteiten die op de eerste fase van het implementatieproces, namelijk ‘verspreiding’, aansluiten (Bero et al., 1998). Het schrijven van artikelen en het bijwonen van bijeenkomsten, zoals congressen, zijn activiteiten die gericht zijn op het verspreiden van kennis. Het is te verwachten dat deze activiteiten niet tot de gewenste uitkomst van de implementatie leiden. Naast verspreiding is er ook adoptie, implementatie en borging nodig.

Ten derde valt ons op dat literatuur over implementatie vaak uitgaat van initiatief en beïnvloeding van buitenaf. De gerichtheid op de eerste fase van het proces, verspreiding, wijst er ook op dat de vernieuwing vaak van boven- of buitenaf geïnitieerd wordt en dus top-down zijn weg ‘omlaag’ moet vinden. Een vernieuwing kan echter ook van binnenuit de praktijk geïnitieerd worden en bottom-up zijn weg ‘omhoog’ zoeken. Zoals we eerder betoogd hebben, moet een interventie die bottom-up ontwikkeld is, overdraagbaar zijn naar andere situaties met andere hulpverleners en andere cliënten. Dit geldt bijvoorbeeld, wanneer één team in een organisatie een interventie vernieuwd heeft en het doel is dat alle teams in de organisatie die nieuwe werkwijze overnemen. Wellicht is de insteek op de invoerings- en borgingsfase in zo’n geval veel belangrijker, omdat de werkwijze al min of meer aansluit bij de wijze waarop de hulpverleners gewend waren om te werken. In dat geval ligt de uitdaging niet bij het verspreiden en adopteren van iets geheel nieuws, maar bij het invoeren en vooral borgen van een aantal specifieke nieuwe handelingen.

Met deze beperkingen in het onderzoek naar implementatieactiviteiten in het achterhoofd, is het zinvol om op de hoogte te zijn van de kennis die tot nu toe beschikbaar is.

3.4.2 Stand van kennis over strategieën

In 1998 publiceerde de ‘Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group’ (Cochrane EPOC) een overzicht van meta-analyses over de implementatie van onderzoeksbevindingen (Bero, Grilli, Grimshaw, Harvey, Oxman, & Thomson, 1998). Uit dit overzicht bleek dat passieve verspreiding ineffectief is in het veranderen van de praktijk, hoe belangrijk het onderwerp of hoe valide de onderzoeksmethode ook was.

Bero et al. (1998) identificeerden effectieve en minder effectieve activiteiten en kwamen tot de conclusie dat over het algemeen geldt dat een meer intensieve inspanning om de praktijk te veranderen in principe meer effectief is. Sindsdien is er veel onderzoek gedaan naar de inzet van concrete strategieën bij implementatie van bijvoorbeeld richtlijnen of protocollen in ziekenhuizen of preventieprogramma’s. De resultaten van die onderzoeken zijn wisselend: soms blijkt een strategie effectief, soms niet (Mikolajczak et al., 2009; Wensing et al., 2010).

Ondanks de wisselende resultaten, vinden we het belangrijk om te laten zien wat er zoal uit onderzoek naar voren komt over de effectiviteit van strategieën en om te reflecteren op deze resultaten. In figuur 3.3 staat een aantal veelgebruikte en onderzochte implementatie-activiteiten gecategoriseerd naar effectiviteit, zoals uit verschillende studies naar voren is gekomen (Bero et al., 1998; Gezondheidsraad, 2000; Hulscher, Wensing & Grol, 2000; Van Yperen, 2003).

Figuur 3.3. *Implementatieactiviteiten, geordend naar effectiviteit, met voorbeelden*

Consistent effectief	Voorbeelden
Educatieve bezoeken van deskundigen in praktijk	<i>Voorlichtingsbijeenkomst van expert</i>
Interactieve educatieve bijeenkomsten	<i>Interactieve workshop</i>
Reminders	<i>Herinnering</i>
Multifaceted interventies	<i>Combinatie van activiteiten</i>
Financiële strategieën	<i>Beloning</i>
Organisatorische strategieën	<i>Ondersteuning in tijd, taakverlichting</i>
Variabel effectief	Voorbeelden
Audit en feedback	<i>Monitoren en terugkoppelen van uitkomst</i>
Gebruik van lokale opinieleiders	<i>Sleutelfiguren in de organisatie</i>
Lokale consensus processen	<i>Gezamenlijk plan van aanpak maken</i>
Patiënt gerichte strategieën	<i>Voorlichting van cliënten</i>
Weinig of geen effect	Voorbeelden
Passieve verspreiding van informatie	<i>Publicatie in tijdschrift</i>
Educatieve middelen	<i>Methodiekboek</i>
Didactische educatieve bijeenkomsten	<i>Didactische training</i>

Als we dit rijtje activiteiten uit figuur 3.3 nader beschouwen, vallen een paar dingen op. In onderzoek wordt ten eerste weinig effect gevonden van ‘passieve activiteiten’, zoals het verspreiden van informatie en educatieve middelen (materialen en bijeenkomsten), waarbij er weinig sprake is van interactie. Opvallend genoeg zijn het vaak deze activiteiten die ingezet worden in de jeugdzorg: publiceren in wetenschappelijke tijdschriften, congressen bezoeken, het uitdelen van een nieuw methodiekboek en didactische trainingen. Een strategie die alleen op dit soort activiteiten gestoeld is, blijkt vaak niet effectief om een succesvolle implementatie te bereiken. Ten tweede lijkt dit rijtje te suggereren dat meer interactie in een educatieve bijeenkomst zorgt voor meer effect, zoals oefening of uitwisseling of een bezoek van een expert van buitenaf. Ten derde valt op dat een aantal effectieve activiteiten professionals direct ‘raakt’ in de uitvoer van het werk: mensen herinneren aan wat ze moeten doen met behulp van reminders en de inzet van organisatorische en financiële strategieën. Ten vierde lijkt uit onderzoek naar voren te komen dat over het algemeen de multifaceted strategieën

effectiever zijn, waarbij meerdere activiteiten gecombineerd worden of vaker ingezet worden. Deze combinaties bestaan dan uit activiteiten die op zichzelf wisselend effectief zijn: ‘audit en feedback’, het inzetten van opinieleiders en lokale consensusprojecten (Bero et al., 1998).

3.4.3 Probleem van onderzoek tot nu toe

De hiervoor gepresenteerde onderzoeksresultaten lijken aanwijzingen te geven voor het bij voorkeur inzetten van bepaalde activiteiten, zoals interactieve of multifaceted activiteiten. Toch moeten we daar heel voorzichtig mee zijn. Ten eerste zijn er wellicht activiteiten die nooit onderzocht zijn, maar die wel effectief zijn in de praktijk. Ten tweede is het goed mogelijk dat activiteiten die hier als effectief aangemerkt worden in bepaalde studies helemaal geen effect laten zien, maar dat hier niet over gerapporteerd wordt. Ten derde is het moeilijk om de activiteiten met elkaar te vergelijken, doordat ze in veel onderzoeken niet gespecificeerd worden qua inhoud, intensiteit, duur, frequentie en dergelijke (Fleuren et al., 2004). Tot slot, maar niet in het minst, valt op dat het effect afgelezen wordt aan de mate waarin professionals *uiteindelijk* veranderen. Traditioneel worden nieuwe inzichten vanuit de wetenschap gecommuniceerd via publicaties in tijdschriften, in de hoop dat dit uiteindelijk mensen op de werkvloer tot ander gedrag aanzet. Dit is een voorbeeld van een activiteit die aansluit op de eerste fase van het implementatieproces, verspreiding: de informatie wordt bekend gemaakt bij de doelgroep. De effectiviteit van een strategie wordt in onderzoek dus vooral gerelateerd aan de laatste fasen, die van invoering en/of borging. Het is echter vrij logisch dat iemand niet direct verandert na het lezen van een artikel in een tijdschrift, terwijl het wel de eerste fasen van het proces kan faciliteren, namelijk de verspreiding en adoptie.

De beperkte kennis zorgt er waarschijnlijk voor dat nu vaak gekozen wordt voor een strategie met een combinatie van activiteiten. Deze blijken vaak beter te werken dan een enkelvoudige strategie (Bero et al., 1998), maar zelfs met combinaties van activiteiten worden niet altijd effecten bereikt. Het is niet zo dat meer activiteiten automatisch tot meer effecten leiden. Grol en Wensing (2006) typeren een combinatie van veel verschillende activiteiten als een ‘schot hagel’, waarvan een deel misschien het doel raakt, maar een deel waarschijnlijk ook overbodig of niet effectief is. Er zou een ‘strategie op maat’ ontworpen moeten worden, met activiteiten die aansluiten bij beïnvloedende factoren op het proces (Hulscher, Wensing, & Grol, 2000). De kans dat een strategie op maat effecten oplevert is mogelijk groter, al is de onderzoeksmatige onderbouwing hiervoor nu nog beperkt (Grol & Wensing, 2006).

3.5 De 'fit' van een strategie

In de bespreking van de literatuur is tot nu toe aan bod gekomen waarom implementatie ingewikkeld is en waarom het niet vanzelf gaat: er spelen allerlei factoren mee die een stagnerende werking kunnen hebben. Er is geen uitgeschreven recept voor een altijd werkende strategie. De verwachting is dat de context, waarbinnen de implementatie zich afspeelt, een grote rol speelt in de effectiviteit van een strategie (Wensing et al, 2010). Daarom is de verwachting dat een strategie die aangepast is aan de context – een strategie op maat – effectiever zal zijn. Ook al is de empirische onderbouwing nog beperkt, de theoretische onderbouwing is aanwezig. Dit maakt het voldoende aannemelijk dat de kans op succesvolle implementatie vergroot wordt wanneer enerzijds rekening gehouden wordt met de fasering van het proces en anderzijds een strategie gekozen wordt, die aansluit bij de determinanten die in een bepaalde fase op het proces van invloed zijn.

In deze paragraaf doen we een aanzet voor het selecteren van passende strategieën. Dit is op basis van theorie, analyse van onderzoeksuitkomsten en logische redenering. Empirisch onderzoek zal moeten uitwijzen of veronderstelde relaties juist zijn.

3.5.1 Selectie van strategieën

Moulding et al. (1999) suggereerden al een aanpak op maat door implementatiestrategieën te koppelen aan de motivatiestadia van Prochaska en DiClemente. Zij geven aan dat de succesvolle implementatie afhankelijk is van het motivatiestadium van de betrokken professionals en dat activiteiten erop gericht moeten zijn hen naar een volgende fase te brengen. Een voorbeeld hiervan is dat reminders belangrijk zijn in de fase van borging.

Geïnspireerd door het voorbeeld van Moulding et al (1999) hebben we de belangrijkste bevindingen over de determinanten en de implementatieactiviteiten die in de vorige paragrafen besproken zijn, gekoppeld aan de verschillende fasen van het implementatieproces. Na figuur 3.4 volgt verdere uitleg, waarbij eerst verder ingezoomd wordt op de aansluiting tussen de strategie en de fasering en daarna op de aansluiting tussen de strategie en determinanten van het implementatieproces.

3.5.2 Aansluiting tussen strategie en fasering

We staan eerst stil bij de twee linker kolommen van figuur 3.4: de fasen en de implementatieactiviteiten.

Figuur 3.4 *Implementatieactiviteiten, passend bij fasering en determinanten*

	Passende activiteit	Doelgroep	Vernieuwing	Organisatie/ Context
Verspreiding	Passieve informatie- Educatieve materialen- Didactische educatieve bijeenkomsten-	Investeren in: Innovators Early adopters (opinieleiders)	Investeren in: Voordeel Compatibiliteit	Centrale en decentrale besluitvorming Samenstelling van de organisatie Randvoorwaarden Monitoren van resultaten
Adoptie	Educatieve bezoeken van deskundigen** Locale opinieleiders**		Te observeren	
Invoering	Interactieve educatieve bijeenkomsten** Consensus processen~ Financiële strategieën**	Early majority	Uit te proberen Simpel in gebruik	
Borging	Organisatorische strategieën** Reminders** Audit en feedback~	Late majority Laggards	Aanpassing mogelijk	

Noot geïnspireerd op Moulding, Silagy & Weller, 1999
Aanduiding uiteindelijke effectiviteit: **= effectief; ~ = wisselend effectief; - = weinig of niet effectief

In de eerste fase van het implementatieproces, *verspreiding*, is het doel om informatie te verstrekken en mensen te bereiken. Activiteiten die daarbij aansluiten zijn bijvoorbeeld het publiceren van informatie, het uitdelen van educatieve materialen of bijwonen van didactische bijeenkomsten. Bij de fase van *adoptie* passen activiteiten die mensen enthousiasmeren en overtuigen dat het een goede interventie is (bezoeken van deskundigen, de inzet van opinieleiders en interactieve bijeenkomsten). Voor de *invoering* is het zaak om mensen werkelijk tot ander gedrag aan te zetten; dat kan door voldoende toe te rusten (door training en voldoende randvoorwaarden) en door betrokkenen mee te laten denken (lokale consensus

processen). Om een interventie vervolgens te *borgen* in de dagelijkse gang van zaken zijn herinneringen, audit en feedbackcycli geschikte activiteiten, omdat dit betrokkenen inzicht geeft in hun manier van werken en de behaalde resultaten.

3.5.3 Aansluiting tussen strategie en determinanten

In het voorgaande is ingegaan op de aansluiting tussen fasering en strategie; de invloed van determinanten interacteert hiermee. We gaan nu in op het gehele figuur 3.4, waarbij ook de kolommen met determinanten aan bod komen.

Doelgroep

Zo geldt ten eerste (zie middelste kolom) dat de werking van de strategieën kan verschillen al naar gelang het type *doelgroep*. Voor implementatie van interventies in de jeugdzorg is het van belang om te analyseren welke typen veranderaars er zijn. De innovators en early adopters in een team zijn snel geneigd actie te ondernemen. Zij hebben genoeg aan passieve verspreiding van informatie en educatieve bijeenkomsten en kunnen daar zelf verder mee. Voor de early majority is informatie niet genoeg. Zij zijn gevoelig voor beïnvloeding op houding vanuit de sociale omgeving (Rogers, 1995). Bij hen zullen collega's die een nieuwe werkwijze introduceren veel invloed hebben, net als interactieve educatie en consensusprocessen. De late majority en laggards laten zich niet snel tot actie aanzetten, maar beïnvloeding door meer kennis of motivatie op te leggen werkt ook niet. Zij zijn minder gevoelig voor sociale druk, omdat ze veelal solistisch opereren. Deze medewerkers zijn voor gedragsverandering het best te benaderen door middel van financiële en organisatorische strategieën, zoals steun bij problemen, regels en afspraken, beloning en sancties, druk vanuit officiële standpunten of vanuit de organisatie (Grol & Wensing, 2006).

In het overzicht van figuur 3.4 valt op dat de strategieën die in de eerste fase van het proces passen volgens eerdere reviews weinig effectief blijken te zijn. Zoals eerder opgemerkt is dit ook niet zo verwonderlijk, want met die strategieën en de verspreidingsfase wordt het implementatieproces enkel in gang gezet en worden wellicht alleen de innovators uit een groep aangesproken. Dat een implementatieproces start en een aantal mensen verandert is echter geen garantie voor een geslaagde afloop van het proces. Voor een succesvol implementatietraject is het noodzakelijk om zicht te hebben op de gehele doelgroep en op welke activiteiten aansluiten bij die doelgroep.

Vernieuwing

Strategieën kunnen in de tweede plaats gericht zijn op de *vernieuwing*, de interventie. Een algemene succesfactor is of de doelgroep positief ten opzichte van de vernieuwing staat. Bevorderende en belemmerende factoren schuilen in de aan- of afwezigheid van kenmerken die deze houding beïnvloeden (*levert de interventie voordeel, past deze bij de professional, is de uitvoering observeerbaar, uit te proberen en niet te ingewikkeld en is aanpassing mogelijk*). Strategieën die op deze kenmerken aansluiten kunnen die houding dus positief beïnvloeden. Een voorbeeld is interactieve educatie aan professionals, waarbij ze de interventie in een veilige trainingssituatie uit kunnen proberen. Een bezoek van een externe deskundige kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat observeerbaar gemaakt wordt wat de interventie voor voordelen kan hebben. Een andere strategie die gehanteerd kan worden om een vernieuwing goed te implementeren, is dat er ruimte blijft voor de eigen inbreng van de gebruikers.

Als we dit verder uitsplitsen naar de fasen van het implementatieproces, dan blijkt dat de afzonderlijke kenmerken belangrijk zijn in verschillende fasen. Zo is deze succesfactor nog verder te specificeren, zie ook figuur 3.4. Het verwachte voordeel en de compatibiliteit zijn vooral belangrijk in de fase van verspreiden en adopteren van een vernieuwing. De mate waarin een interventie te observeren en uit te proberen is, is vooral belangrijk in de fase van adoptie en implementatie. Voor het blijven gebruiken, de borging van de interventie, is het belangrijk dat deze simpel is in gebruik en dat er – binnen kaders – ruimte is voor aanpassingen. Effectieve strategieën die van invloed zijn op de interventie zijn educatieve bezoeken van deskundigen, interactieve educatieve bijeenkomsten en consensus processen. Deze gaan in op het voordeel, de compatibiliteit en het observeerbaar maken van de interventie, opvallend genoeg allemaal kenmerken die vooral in de eerste fasen van het proces spelen. We verwachten dat een implementatieproces succesvoller zal verlopen wanneer de interventie vanaf de start aansluit bij de professionals en als hier gedurende het proces aandacht voor blijft.

Organisatie en context

De *organisatie en de bredere sociaal-politieke context* vormt de omgeving waarin het implementatieproces zich afspeelt en die omgeving speelt een grote randvoorwaardelijke rol in het slagen van een implementatie. Een algemene succesfactor voor de context is dat er randvoorwaarden gecreëerd worden en dat professionals de ruimte krijgen om te veranderen (Van Yperen, 2003). Dit vormt gedurende het hele proces, van verspreiding tot borging, een

belangrijke rol. Financiële en organisatorische strategieën die inspelen op deze randvoorwaarden worden veel gebruikt en zijn ook effectief. Dit effect is te verklaren doordat zo'n strategie op verschillende beïnvloedende factoren tegelijk en op verschillende fasen van het implementatieproces tegelijk kan ingrijpen. Extra geld kan professionals prikkelen om met een vernieuwing te werken, kan de aanschaf van goede interventies mogelijk maken en kan ondersteuning in de organisatie mogelijk maken.

Besluitvorming door het management heeft vooral een bevorderende werking op de start van het proces, terwijl besluitvorming lager in de organisatie, bij betrokken professionals juist bevorderend werkt op de fase van invoering en borging (Nutley & Davies, 2000; Fleuren et al., 2002).

Monitoren van resultaten, zoals door audit en feedback, werkt bevorderend voor het volhouden van de vernieuwing, de borging. Zoals eerder opgemerkt in hoofdstuk 2, is monitoring een cruciaal onderdeel van het implementatieproces. Het is van belang om te kunnen bijhouden in hoeverre de gewenste uitkomst (in enge en brede zin) behaald wordt. Monitoren kan ook gezien worden als implementatieactiviteit. Fagan, Hanson, Hawkins en Arthur (2008) concluderen dat monitoren van de programma-integriteit eraan bijdraagt dat de interventie blijvend wordt uitgevoerd zoals bedoeld.

3.5.4 Onderzoek naar strategie op maat

Zoals eerder gezegd is de empirische onderbouwing voor een strategie op maat beperkt. Onderzoek tot nu toe richt zich voornamelijk op losse implementatieactiviteiten, zonder rekening te houden met de aanwezige determinanten. Dit zorgt begrijpelijkerwijs voor wisselende resultaten: soms werkt het wel, soms werkt het niet. De tendens is dan ook dat verder onderzoek zich niet moet richten op enkele activiteiten of strategieën, maar zich meer moet richten op een strategie in een bepaalde context (Wensing et al., 2010).

3.6 Samenvatting literatuur

De voornaamste bevinding die we uit de literatuur destilleren is dat het cruciaal is om de implementatie goed voor te bereiden en een systematische aanpak te hanteren (Fleuren et al., 2006; Grol & Wensing, 2006; Mikolajczak et al., 2009). De vier belangrijkste aandachtspunten in een procesmatige en planmatige aanpak zijn:

1. het definiëren van de gewenste uitkomst (in enge en brede zin),
2. het analyseren van determinanten,
3. het inzetten van een strategie en
4. het monitoren, evalueren en waar nodig bijstellen van het proces.

Uit de literatuur wordt ook duidelijk dat onderzoek zich tot nu toe te veel gericht heeft op specifieke implementatieactiviteiten, zonder dat daarbij voldoende aandacht was voor aansluiting bij beïnvloedende determinanten en bij de fasen van het implementatieproces.

Vanuit de literatuur concluderen we dat interventies het beste geïmplementeerd kunnen worden met specifieke activiteiten, die zijn aangepast op aanwezige determinanten en met aandacht voor de verschillende fasen van het proces. De vraag blijft of de ‘fit’ die op deze manier gemaakt wordt ook werkelijk de goede is. Gebruik in de praktijk en degelijk onderzoek daarnaar zal moeten uitwijzen of dit inderdaad de goede manier is.

4 Factoren van succesvolle implementatie in de praktijk

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is uitvoerig aan de orde gekomen wat de stand van kennis in de literatuur is over het implementatieproces en determinanten en strategieën. Daarbij viel al op dat er in de wetenschappelijke literatuur weinig is geschreven over de implementatie van interventies in de jeugdzorg. Dit staat in schril contrast met de hoeveelheid interventies die dagelijks in de praktijk worden toegepast. Strikt genomen kan men zeggen dat ook deze interventies zijn geïmplementeerd – al dan niet succesvol. De vraag is dan ook: *wat werkt er bij implementatie van interventies in de praktijk van de jeugdzorg?*

Vanaf het najaar van 2008 tot begin 2009 is door de auteur van dit proefschrift aan de hand van documenten en interviews een analyse gemaakt van de implementatie van zeven jeugdinterventies. Doel van de analyse was om per interventie te bekijken welke determinanten en strategieën een rol hebben gespeeld in het implementatieproces van de interventie. Het gaat om gedragsinterventies voor jeugdigen en/of ouders in de jeugdzorg, de jeugdgezondheidszorg (JGZ), de jeugd-geestelijke gezondheidszorg (Jeugd-GGZ) en het onderwijs. Er is doelbewust voor gekozen om interventies uit de *jeugdsector* te analyseren, in plaats van alleen de *jeugdzorg*. Ten eerste omdat er binnen de jeugdzorg niet veel interventies zijn waarvan (via onderzoek) is vastgesteld dat ze effectief zijn en goed geïmplementeerd. Ten tweede omdat er in het onderwijs en de jeugdgezondheidszorg ook interventies worden gebruikt, waarbij het gaat om gedragsverandering van jeugdigen, ouders of hulpverleners. Dit maakt de interventies – en de implementatie er van – onderling vergelijkbaar.

In dit proefschrift is een verkorte weergave van de analyse van de zeven jeugdinterventies opgenomen. Voor een uitgebreid verslag verwijzen we naar het onderzoeksrapport van Mikolajczak, Stals, Fleuren, De Wilde en Paulussen (2009), waarin de analyse in een apart hoofdstuk is gepresenteerd.

In dit hoofdstuk wordt kort omschreven op welke manier de gegevens verzameld zijn. Vervolgens staat beschreven welke kennis er *in de praktijk* is over implementatieprocessen.

Hierbij vormt het theoretisch kader uit het vorige hoofdstuk de context waartegen de bevindingen uit de praktijk worden gespiegeld. We zullen aangeven in hoeverre belangrijke begrippen als de fasering, determinanten en strategieën een rol hebben gespeeld bij de implementatie van de zeven interventies.

4.2 Dataverzameling

4.2.1 Keuze van de interventies

Om een beeld te krijgen van de implementatie van interventies in de jeugdsector zijn een aantal interventies geselecteerd. De uitgebreide selectieprocedure wordt beschreven in het onderzoeksrapport van Mikolajczak en collega's (2009). Kort gezegd is er gezocht naar een zo groot mogelijke variëteit in een beperkt aantal interventies. Die variëteit werd gezocht in de effectiviteit van de interventie (effectief, deels effectief of in theorie effectief⁵), het werkveld (jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg, jeugd-ggz en onderwijs), de doelgroep van de interventie (leerkrachten, verpleegkundigen, hulpverleners) en het doel van de interventie (preventief of curatief), zie tabel 4.1. De overeenkomst tussen de interventies was dat alle interventies gericht waren op gedragsverandering bij jeugdigen en/of ouders en/of bij hulpverleners.

De opzet van de analyse was niet om een uitputtend overzicht te geven, maar om met een gering aantal interventies een breed beeld te kunnen schetsen van de implementatie van interventies, de invloed van determinanten en de inzet van strategieën.

Tabel 4.1. *Overzicht van interventies met effectiviteit, werkveld, doelgroep en doel*

Interventie	Effectiviteit*	Werkveld	Doelgroep	Doel
1. Taakspel	Effectief	Onderwijs	Leerkrachten, leerlingen groep 4-8	Preventief
2. Families First	Effectief	Jeugdzorg	Hulpverleners, gezinnen met kinderen 0-18 jr	Curatief
3. Stevig ouderschap	Deels effectief	JGZ	Verpleegkundigen, ouders van baby's 0-18 maanden	Preventief
4. Zelfcontrole	Deels effectief	Jeugdzorg Jeugd-GGZ	Hulpverleners, kinderen 9-12 jr, (ouders, leerkracht)	Curatief
5. Triple P	In theorie effectief	Jeugdwelzijn, JGZ, Jeugdzorg	Verpleegkundigen en hulpverleners, ouders van kinderen 0-18 jr	Preventief (curatief)
6. Bemoeizorg in de JGZ	In theorie effectief	JGZ	Verpleegkundigen, ouders van kinderen 0-16 jr en jongeren 16-19 jr	Preventief
7. Armoede en gezondheid van kinderen	In theorie effectief	JGZ	Verpleegkundigen, ouders van kinderen 0-12 jr	Preventief

Noot JGZ= jeugdgezondheidszorg Jeugd-GGZ=geestelijke gezondheidszorg voor jeugd
* volgens de Databank Effectieve Interventies, november 2008 (<http://www.jeugdinterventies.nl>)

⁵ volgens de Databank Effectieve Interventies, november 2008 (<http://www.jeugdinterventies.nl>)

4.2.2 Analyse van documenten en interviews

Na selectie van de interventies is er gezocht naar beschikbare literatuur over de implementatie daarvan, waarbij zowel naar wetenschappelijke literatuur (onderzoeksartikelen) als naar ‘grijze literatuur’ (rapporten, verslagen, handleidingen) is gezocht. Deze literatuur diende als voorbereiding op de interviews.

Aan de hand van een semi-gestructureerd open interview is voor elke interventie met een sleutelfiguur gesproken: die persoon was betrokken bij de ontwikkeling en/of invoering van de interventie. Deze sleutelfiguren is gevraagd naar aanvullende documenten over de implementatie van de interventie waarbij zij betrokken waren.

In de interviews kwamen de verschillende fasen van het implementatieproces aan de orde, waarbij steeds aandacht was voor de determinanten die een rol hebben gespeeld bij de invoering en de strategieën die gekozen zijn.

Aan de hand van de literatuur en de interviews is een verslag geschreven. Geïnterviewden hebben een conceptverslag van de analyse van de interventies gelezen, waarop zij de mogelijkheid hadden te reageren.

4.3 Fasering van het implementatieproces

In het vorige hoofdstuk hebben we geconcludeerd dat het implementatieproces bestaat uit de fasen verspreiding, adoptie, invoering en borging. Volgens de geïnterviewden kost dit in de praktijk veel tijd. Aan het implementatieproces gaat strikt genomen de ontwikkeling van een interventie nog vooraf, maar volgens geïnterviewden is die ontwikkeling voor een belangrijk deel verweven met het implementatieproces.

4.3.1 Ontwikkeling en verspreiding

Voor alle onderzochte interventies geldt dat handelingsverlegenheid voor een bepaalde zorgvraag in Nederland de aanleiding was om de interventie te ontwikkelen. Het antwoord op die handelingsverlegenheid kan op twee manieren naar voren komen. Ten eerste door het *'bottom-up'* ontwikkelen van een nieuwe interventie. Een tekort aan interventie mogelijkheden voor een bepaalde doelgroep is hier vaak de aanleiding van. Er wordt dan bijvoorbeeld een handelingswijze geëxpliciteerd met behulp van theoretisch onderbouwing en het beschrijven van praktische ervaringen (b.v. Zelfcontrole, Stevig Ouderschap en Armoede en gezondheid). Ten tweede door effectieve interventies uit het buitenland *'top-down'* te implementeren in de Nederlandse situatie. Triple P komt uit Australië, Taakspel en Families First zijn gebaseerd op Amerikaanse interventies.

De ontwikkeling en eerste verspreiding van een interventie verloopt volgens de geïnterviewden langzaam en gaat gepaard met het aanvragen van subsidies, pilotstudies en effectonderzoek, waardoor het jaren kan duren voor een interventie werkelijk bij de volledige doelgroep van jeugdigen terecht komt. In alle gevallen werd de interventie volgens geïnterviewden in eerste instantie bij een beperkt aantal instellingen ingevoerd. Op basis van opgedane ervaring werd de interventie, eventueel na bijstelling, breder ingevoerd.

Bij alle zeven interventies werd de uitvoering van de eerste versie in Nederland begeleid door effectonderzoek, zowel bij de top-down als bottom-up ontwikkelde interventies. Bij de meeste interventies was volgens de ontwikkelaars in deze onderzoeksfase ook nadrukkelijk aandacht voor evaluatie van de implementatie van de interventie en hoe dit in het vervolg het beste kon worden vormgegeven (zie o.a. Sanders & Turner, 2005; Bouwmeester-Landweer, 2007).

De geïnterviewden noemen een oorzaak voor de langzame verspreiding en implementatie van interventies die niet in de literatuur genoemd wordt, namelijk het ontbreken van een

duidelijke infrastructuur waarlangs de ontwikkeling en implementatie van interventies verloopt. Nu verloopt het proces voor elke interventie op een andere manier. Twee opvallende factoren die volgens geïnterviewden daarbij een rol spelen bij de verspreiding zijn het *eigendom van de interventie* en de *kosten gedurende het implementatieproces*.

4.3.2 Eigendom van de interventie

Het eigendom van de interventie bepaalt volgens geïnterviewden in sterke mate hoe het proces van verspreiding en invoering verloopt. Met dit eigendom wordt bedoeld dat een persoon of instelling zich sterk verantwoordelijk voelt voor de ontwikkeling, implementatie en kwaliteitsbewaking (Van Yperen & Bakker, 2008).

Bij veel van de geanalyseerde interventies is sprake van een zeer beschermd eigendom, dat wordt bewaakt door licenties, accreditatie en convenanten. Er geldt niet zozeer een commercieel belang; het is vooral de bedoeling om de kwaliteit van het product te beschermen (Van Yperen & Bakker, 2008). Enkele voorbeelden:

- Bij Taakspel is de structuur zo opgebouwd dat het Centrum Educatieve Dienstverlening (CED) zorg draagt voor de verspreiding, implementatie en kwaliteitsbewaking van de interventie. Voor onderzoek wordt samengewerkt met universiteiten. Het aanschaffen van Taakspel verloopt altijd via onderwijsbegeleidingsdiensten met een licentie, waardoor leerkrachten de interventie niet direct kunnen verkrijgen. Licenties zijn persoonsgebonden en worden aan medewerkers van de onderwijsbegeleidingsdienst verstrekt na positieve evaluaties over de invoering van de interventie (Ince, 2007).
- Bij Families First wordt de zorg voor verspreiding, implementatie en training van de interventie door het Nederlands Jeugdinstituut (en voorheen Collegio) gedragen. Het Nederlands Jeugdinstituut en Praktikon verzorgen procesevaluatie en effectonderzoek naar de interventie. Er is een intern kwaliteitssysteem ontwikkeld waarmee de kwaliteit van de hulpverlening voortdurend gemonitord en verbeterd kan worden. Door middel van een licentieverklaring beloven instellingen de interne kwaliteitssystematiek te gaan gebruiken, waarmee ze toestemming krijgen voor het gebruik van de naam en het logo van Families First (Van der Steege & Jagers, 2001).
- Stevig Ouderschap is ontwikkeld vanuit het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Inmiddels is er een vereniging die zorg draagt voor de verspreiding,

implementatie en ontwikkeling van de interventie. Instellingen die de interventie willen uitvoeren, tekenen een convenant waarin eisen ten aanzien van de uitvoering staan omschreven (Kooijman, 2006).

Geïnterviewden concluderen dat dit beschermde eigendom nodig is om de implementatie goed te laten verlopen en te zorgen dat de interventie daadwerkelijk wordt uitgevoerd zoals bedoeld. Er zijn echter ook uitzonderingen die de regel bevestigen. Naast de ontwikkelaars, die de kwaliteit en verspreiding graag in eigen hand houden, zijn er ook ontwikkelaars die hun kennis en kunde vrij beschikbaar stellen. Zij laten het vervolgens aan toekomstige uitvoerders over de interventie getrouw uit te voeren.

- Zelfcontrole is ontwikkeld door T. van Manen en uitgegeven in boekvorm bij Bohn Stafleu van Loghum. Er is een gedetailleerde handleiding beschikbaar en de ontwikkelaar hecht er aan dat deze zorgvuldig wordt gevolgd. Uitvoerders zijn ontwikkelingspsychologen of orthopedagogen, die worden getraind in toepassing van de methode. Er gelden geen specifieke eisen ten aanzien van de uitvoering en begeleiding van de uitvoerend werkers. De wijze van kwaliteitsbewaking wordt bepaald door de uitvoerder (Elling & Van Yperen, 2006).

4.3.3 Kosten gedurende het implementatieproces

Naast het eigendom van de interventie is er nog een factor die volgens de geïnterviewden van invloed op het verloop van het implementatieproces in de praktijk, namelijk de kosten van het implementeren van de interventie. Geld voor de ontwikkeling van een interventie is er vaak wel, bijvoorbeeld vanuit subsidie- of stimuleringsgelden. Wanneer deze fase echter afgerond is, ontstaat er een gat en de uitvoerders van de vernieuwing moeten dat zelf opvullen. Op dat moment gaat een interventie geld kosten voor de instellingen en deze zijn niet altijd in de gelegenheid of bereid om die kosten te dragen.

Die ‘overbruggings’kosten hangen nauw samen met de intensiteit van een implementatiestrategie. Geïnterviewden beschouwen over het algemeen een intensiever pakket van invoerstrategieën als effectiever voor het implementeren van interventies. Hoe meer training, begeleiding en monitoring er plaatsvindt, hoe beter professionals zullen uitvoeren wat er in handleidingen omschreven staat. Het bevordert de programma-integriteit, ofwel de implementatie in enge zin. In de praktijk wordt de inzet van deze strategieën echter beperkt gehouden door geldgebrek, waardoor vooral de borging en kwaliteitsbewaking er bij

inschiet. Dit gaat volgens geïnterviewden ten koste van de duurzaamheid van implementeren. De kosten die gepaard gaan met de invoering van interventies zijn niet eenvoudig te berekenen, aldus de geïnterviewden. Er moet rekening gehouden worden met de aard en omvang van de interventie zelf, van de invoerstrategieën die erbij komen kijken en van de kwaliteitsbewaking die op de invoering volgt. Volgens geïnterviewden wordt soms wel een schatting gemaakt van de kosten voor de implementatie van een programma, maar dit kan niet afgezet worden tegen de effectiviteit van de interventie en de besparing die dat mogelijk met zich meebrengt. Op deze manier ontstaat er geen verbinding tussen implementatie in enge zin – programma-integriteit – en implementatie in brede zin – de doeltreffendheid.

4.4 Determinanten van het implementatieproces

Vanuit de literatuurstudie is duidelijk geworden dat de kans op een succesvolle invoering maximaliseert door *voorafgaand* aan de implementatie een determinantenanalyse uit te voeren en implementatiestrategieën hierop aan te laten sluiten (zie hoofdstuk 3). Uit de interviews met sleutelfiguren blijkt dat dit nog niet structureel gebeurt in het jeugdzorgveld. In gesprek met betrokkenen bij de implementatie van zeven interventies worden *achteraf* wel determinanten genoemd. In deze paragraaf wordt geïllustreerd hoe de verschillende determinanten volgens geïnterviewden een rol hebben gespeeld bij de implementatie van interventies.

4.4.1 Kenmerken van de interventie

Een interventie wordt volgens de geïnterviewden makkelijker geadopteerd en ingevoerd als het ‘gewoon een goed product’ is. Concreet betekent dit dat de kenmerken die in de literatuur naar voren komen (zie hoofdstuk 3) in de praktijk herkend worden. De interventie moet *voordeel* opleveren, *aansluiten bij waarden* van de hulpverlener, *concrete handelingsaanwijzingen* geven, op onderdelen *uit te proberen* zijn, het resultaat moet *observeerbaar* zijn en de interventie moet op onderdelen *aan te passen* zijn. Enkele voorbeelden uit de interviews:

- Zelfcontrole sluit volgens de ontwikkelaar aan bij de *waarden* van de hulpverlener, omdat het een positieve benadering van moeilijke jongeren mogelijk maakt.
- De betrokkene bij Triple P geeft aan dat de interventie gemakkelijk moet zijn om te gebruiken (*concrete handelingsaanwijzingen*). Het werkt daarentegen belemmerend als de beschrijving of de training in een andere taal is, zoals in het geval van Triple P, in het Engels (De Graaf & Bohlmeijer, 2006b).
- Eén van de geïnterviewden geeft aan dat leerkrachten die Taakspel gebruiken direct zien dat de sfeer in de klas in positieve zin verandert: het resultaat is *observeerbaar*, ook voor collega’s.
- Bij de interventie Armoede en gezondheid wordt *aanpassing* mogelijk gemaakt, door een onderscheid te maken tussen noodzakelijk onderdelen van de interventie en lokaal in te vullen onderdelen (Rots, 2007).

4.4.2 Kenmerken van de doelgroep

Uit de literatuur leerden we dat het bij de implementatie van een interventie belangrijk is dat professionals weten wat de interventie inhoudt en dat zij deze willen en kunnen overnemen.

Professionals *willen* een interventie volgens geïnterviewden gebruiken wanneer er behoefte is aan de interventie en er enthousiasme is voor de interventie. Dit zegt eigenlijk meer over kenmerken van de interventie dan over de doelgroep. De interventie moet volgens geïnterviewden passen bij de taakopvatting van de professionals. Het werkt in dat kader bevorderend wanneer zij al bij de ontwikkeling van de interventie betrokken worden.

Professionals *kunnen* een interventie volgens geïnterviewden gebruiken als ze de mogelijkheid krijgen om te blijven leren. Training moet aansluiten bij behoeften en op maat worden aangeboden. Daarnaast werkt het bevorderend als er uitwisseling is met anderen, bijvoorbeeld in de vorm van een periodieke landelijke dag, een congres of deskundigheidsbevordering. Een interessant punt dat niet in de literatuur naar voren komt, is dat er volgens geïnterviewden een bevorderende werking uitgaat van een persoonlijke licentie voor professionals. Dit betekent dat ze na een training of opleiding toestemming krijgen van de ontwikkelaars om de interventie uit te voeren). Mogelijk verhoogt een licentie hun zekerheid, hun eigen-effectiviteitsverwachting over de uitvoering van de interventie.

Opmerkelijk is dat uit de interviews blijkt dat de doelgroep (hulpverleners, leerkrachten, verpleegkundigen) over het algemeen als een redelijk homogene groep gezien wordt. De aanpak voor implementatie is voor elke mogelijke groep hulpverleners hetzelfde en differentieert niet naar competenties, leeftijd, opleidingsniveau, ervaring en dergelijke. Dat sluit dus niet aan op de eerdere constatering van de geïnterviewden dat de training moet aansluiten op de behoeften van professionals.

4.4.3 Kenmerken van de organisatie

Er zijn door de geïnterviewden weinig determinanten genoemd met betrekking tot de organisatie. Een belangrijke factor die wél door bijna alle geïnterviewden genoemd is, is de aanwezigheid van een projectleider, ofwel procesbewaker, lokale coördinator of projectcoördinator. Het werkt bevorderend op het gehele proces als zowel mensen uit de lijn als van de inhoud betrokken zijn, aldus de geïnterviewden.

Een veelgenoemde randvoorwaarde die door geïnterviewden is genoemd, is de hoeveelheid geld dat de organisatie beschikbaar heeft. Hierbij moet worden opgemerkt dat dit zowel belemmerend als bevorderend kan werken. Er is voldoende geld nodig om bijvoorbeeld

personeel en ondersteuning in te schakelen. Het kan volgens een aantal geïnterviewden echter belemmerend werken als een organisatie niets hoeft te betalen voor de interventie, in dat geval is de urgentie en motivatie om ‘er iets van te maken’ geringer dan wanneer ervoor betaald wordt. Voldoende tijd is een belangrijke determinant voor het slagen van een invoering; soms duurt het jaren voordat een vernieuwing echt ‘landt’.

4.4.4 Kenmerken van de context

Vooraf voor de verspreiding en adoptie van een interventie is het belangrijk dat deze veel aandacht krijgt in de media en dat de implementatie ‘op een goed moment’ komt, zo geven de geïnterviewden aan. Dit goede moment kan ontstaan wanneer de doelgroep als een maatschappelijk probleem wordt gezien, of wanneer er extra geld beschikbaar is voor de betreffende doelgroep of voor implementatie, bijvoorbeeld door impulsmaatregelen van het ministerie.

Er is volgens geïnterviewden geen standaard infrastructuur voor het implementeren van interventies. Eerder noemden we in dat verband al de onduidelijkheid over eigendom en het ontbreken van projectfinanciering voor implementatie. Ook andere kenmerken van de context beïnvloeden hoe het proces verloopt. Het werkt bevorderend wanneer een tussenliggende partij, zoals de gemeente, een onderwijsbegeleidingsdienst of andere ondersteunende partij, de interventie promoot bij instellingen. Het werkt belemmerend als er geen goede samenwerking is tussen verschillende instellingen in de jeugdsector (De Graaf & Bohlmeijer, 2006). Instellingen voor jeugd-ggz, de jeugd-lvg en de jeugd- en opvoedhulp werken vaak niet samen in de uitvoering van interventies, terwijl er wel veel overlap is in de zorg voor cliënten.

4.5 Implementatiestrategieën en -activiteiten

Vanuit de onderzoeksliteratuur wordt aanbevolen om een implementatiestrategie te ontwikkelen naar aanleiding van een analyse van determinanten. Dit zou betekenen dat, op het moment dat een instelling een interventie wil gaan gebruiken, bekeken moet worden welke belemmerende en bevorderende factoren meespelen en welke implementatiestrategie daarbij passend is.

Opvallend genoeg zijn er bij de analyse van zeven jeugdzorginterventies geen aanwijzingen gevonden dat bij één van de interventies structureel op deze manier te werk is gegaan. Bij veel van de interventies is op basis van een proefimplementatie in een onderzoeksfase een standaard manier ontwikkeld om de interventie te implementeren bij verschillende instellingen. Er wordt dus een vaste implementatiestrategie ingezet. Deze strategie wordt soms aangepast aan de context waar de interventie geïmplementeerd wordt, bijvoorbeeld bij Families First en Triple P, maar vaker gebeurt dit niet.

4.5.1 Analyse van de implementatiestrategieën

Hoewel de implementatiestrategie van de verschillende interventies niet altijd op maat wordt ingezet en niet altijd voorafgegaan wordt door een determinantenanalyse, wordt er wel succes mee geboekt. De interventies worden immers gebruikt en er is vraag naar implementatie bij instellingen. In figuur 4.1 wordt een overzicht gegeven van welke strategieën, volgens de geïnterviewden, zijn ingezet bij de interventies Taakspel, Families First, Stevig Ouderschap en Triple P. In het schema worden vier van de zeven interventies genoemd, omdat bij deze vier interventies een vaste aanpak voor de implementatie bestond. Bij Zelfcontrole was geen vaste aanpak: geïnteresseerden konden het boek met de beschrijving van de training kopen en gaan uitvoeren. Bij Bemoeizorg in de JGZ en Armoede en gezondheid bij kinderen was de ontwikkelaar nog aan het nadenken over de implementatie. Voor een uitgebreide beschrijving verwijzen we naar het rapport van Mikolajczak en collega's (2009). In de eerste kolom staan de implementatie-activiteiten zoals deze in de literatuur naar voren komen (zie ook hoofdstuk 3). In de tweede tot en met de vijfde kolom staan de activiteiten benoemd die volgens geïnterviewden in de praktijk worden ingezet. Waar mogelijk staan die activiteiten horizontaal in lijn met de type activiteiten die in de literatuur worden genoemd.

In het overzicht valt op dat de geïnterviewden veel verschillende activiteiten benoemen en dat deze activiteiten betrekking hebben op verschillende fasen van het implementatieproces. Er

zijn activiteiten ingezet om de interventie in de bekendheid te brengen (verspreiding), om draagvlak te krijgen voor een goede uitvoering van de interventie (adoptie), om de interventie goed in te voeren (invoering) en om de werkwijze te borgen (borging).

Kortom, er wordt stevig ingezet op een succesvolle implementatie en dat lijkt te werken. De vraag blijft echter *waarom* deze aanpak werkt: welke factoren zijn van invloed op een succesvolle implementatie van interventies in de praktijk? Daar werpt deze kwalitatieve studie geen licht op. In de hoofdstudie van dit proefschrift proberen we meer aanwijzingen te vinden over factoren voor succesvolle implementatie.

Figuur 4.1 Implementatieactiviteiten, bekend uit literatuur en ingezet bij de implementatie van interventies in de praktijk

	Bekend uit literatuur	Taakspel	Families First	Stevig Ouderschap	Triple P
Verspreiding	<p>Passieve informatie- Educatieve materialen- Didactische educatieve bijeenkomsten-</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Leerkrachten horen of lezen over Taakspel - Er is een handleiding van Taakspel 	<ul style="list-style-type: none"> - Families First levert congresbijdragen - Er is een handleiding van Families First 	<ul style="list-style-type: none"> - Stevig ouderschap informeert via website, workshops en publicaties - Stevig ouderschap informeert en onderhandelt met financierende instanties 	<ul style="list-style-type: none"> - Er wordt gepubliceerd over Triple P en er worden congresbijdragen geleverd. - Uitvoerders worden op de hoogte gehouden via nieuwsbrieven - Er is een handleiding. - Er wordt een implementatieplan gemaakt
Adoptie	<p>Educatieve bezoeken van deskundigen** Locale opinieleiders**</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Schoolbegeleidingsdiensten promoten taakspel bij scholen/ leerkrachten 	<ul style="list-style-type: none"> - Er is een bezoek aan de instelling over Families First - Er is een workshop voor sleutelfiguren - Er wordt een projectleider en teamleider aangesteld. 	<ul style="list-style-type: none"> - Er is een consultgesprek met de projectleider van Stevig Ouderschap. - Er wordt een convenant ondertekend over uitvoeringseisen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Er is een startbijeenkomst waarin een convenant wordt gesloten met doelen. - Er wordt een projectleider aangesteld.
Invoering	<p>Interactieve educatieve bijeenkomsten** Consensus processen~ Financiële strategieën**</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Er is een training voor leerkrachten en intern begeleiders door schoolbegeleiders 	<ul style="list-style-type: none"> - Er is een training voor hulpverleners en teamleiders - Inwerken van hulpverleners gaat volgens een schaduwstelsel 	<ul style="list-style-type: none"> - Er is een training voor verpleegkundigen - Intercollegiale uitwisseling tussen verpleegkundigen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Er is een training voor medewerkers. - Intervisie voor medewerkers
Borging	<p>Organisatorische strategieën** Reminders** Audit en feedback~</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coaching/consultatie extern door schoolbegeleiders (1^e jaar) - Coaching intern door intern begeleider(ook na 1^e jaar) - Instrumenten bewaken uitvoering. - Certificering is afhankelijk van gebruik interventie. 	<ul style="list-style-type: none"> - Werkbegeleiding/ intervisie - Aanvullende workshops (2x/jaar) - Landelijke uitwisseling voor teamleiders - Monitoring van resultaten en plan van aanpak voor verbetering. 	<ul style="list-style-type: none"> - Werkbegeleiding/ supervisie - Huisbezoekdossier herinnert aan handelingen. - Landelijke uitwisseling - Evaluaties met input voor verdere ontwikkeling. 	<ul style="list-style-type: none"> - Er vindt onderzoek plaats naar de uitvoering en de geboekte resultaten

4.6 Samenvatting implementatie in de praktijk

In de praktijk worden dagelijks jeugdzorginterventies geïmplementeerd en daarover is een aantal betrokkenen geïnterviewd. In lijn met de literatuur geven deze betrokkenen aan dat een implementatieproces een fasering kent, dat er belemmerende en bevorderende factoren van invloed zijn op het proces en zij geven ook aan dat er implementatiestrategieën zijn ingezet.

Ten opzichte van de resultaten uit de literatuurstudie in hoofdstuk 3, zijn er ook nieuwe aspecten boven tafel gekomen. De geïnterviewden geven aan dat de implementatie voor een deel al start bij de ontwikkeling van een interventie. Verder geven zij aan dat het eigendom van een interventie en de kosten voor implementatie belangrijk zijn. Daarnaast valt op dat de kenmerken van professionals, die met de interventie moeten gaan werken, nauwelijks een rol spelen bij de ontwikkeling van de implementatiestrategie die zij volgen. De implementatiestrategie wordt meestal bepaald voor langere tijd en voor diverse regio's of organisaties. Deze strategie wordt niet aangepast aan de doelgroep die er mee gaat werken.

In de praktijk gaat al veel goed. Er is in elk geval bij de onderzochte interventies aandacht voor het ontwikkelen van bruikbare materialen en voor het promoten van de interventies, in de meeste gevallen ook voor training en coaching van medewerkers en voor uitwisseling tussen gebruikers. De ondersteuning van medewerkers is in een aantal gevallen stevig verankerd, met name voor de eerste invoeringsperiode.

Echter, de werkwijze met een determinantenanalyse en vervolgens de inzet van een passende implementatiestrategie wordt niet zo gestructureerd ingezet als in de literatuur wordt aanbevolen. Het lijkt daarom alsof er in de praktijk onbewust en weinig systematisch gebruik gemaakt wordt van een veelheid aan implementatieactiviteiten. Implementatie in enge en brede zin wordt nauwelijks gemonitord. Het is niet goed mogelijk om te achterhalen *waarom* een bepaalde aanpak werkt. Dit maakt het moeilijk om succesvolle invoeringsprocessen te herhalen bij andere interventies.

Het zou ook zo kunnen zijn dat de strategieën die ingezet worden wel doordacht zijn, maar dat het simpelweg ontbreekt aan explicitering en bewijs daarvan. Als er al over implementatie van interventies geschreven wordt, is het in de vorm van procesevaluaties, waarbij achteraf bekeken wordt welke determinanten meespeelden. Er wordt nog te weinig gerapporteerd over implementatiestrategieën en in hoeverre die van invloed zijn op implementatie in enge

en brede zin. Gebrek aan onderzoek naar en verslaglegging over implementatieprocessen in de praktijk is een gemis, omdat de kennis die er nu is impliciet blijft en niet gedeeld beschikbaar is voor toekomstige implementatietrajecten.

Deel II Operationalisatie

Metten van implementatie in de jeugdzorg

In de voorgaande hoofdstukken staat beschreven dat het verloop van een implementatieproces belemmerd of bevorderd kan worden door *determinanten*, ofwel kenmerken van de interventie, de professional, de organisatie en de context. Een passende *implementatie-strategie* kan de belemmerende werking tegengaan en de bevorderende werking van bepaalde determinanten stimuleren. Bijvoorbeeld: een tekort aan vaardigheden bij professionals kan belemmerend werken bij het implementeren van een interventie. Het uitdelen van informatie is in dat geval geen passende strategie, omdat het niet op de vaardigheden van de professional ingrijpt, maar op het kennisniveau. Een training waarbij gelegenheid is om te oefenen en een systeem van feedback tijdens het uitvoeren van de vaardigheden lijkt in dit geval beter. Dat een passende strategie succesvoller is, klinkt aannemelijk en is theoretisch onderbouwd, maar de empirische onderbouwing is nog beperkt. Het onderzoek dat tot nu toe is verricht, geeft weinig inzicht in de relatie tussen verschillende determinanten en strategieën en de gewenste uitkomst van een implementatieproces. In de praktijk vindt namelijk vooral beschrijvend onderzoek plaats naar implementatie van interventies, waarbij procesevaluatie gebruikt wordt om te onderzoeken op welke punten volgens betrokkenen de implementatie stagneerde of juist soepel verloopt (Bouwmeester-Landweer, 2007; Sanders & Turner, 2005). Er is tot op heden nog weinig kwantitatief onderzoek gedaan waarbij het mogelijk was om determinanten, strategieën en uitkomsten (in enge en brede zin) van het implementatieproces met elkaar in verband te brengen.

In dit proefschrift wordt kwantitatief onderzoek naar implementatie van interventies in de jeugdzorg gepresenteerd. In dit deel staat de daarvoor benodigde operationalisatie van belangrijke aspecten van het implementatieproces centraal. Vragen die daarbij horen zijn: *Hoe is de implementatie van interventies in de jeugdzorg te meten? Welke instrumenten zijn geschikt om de*

implementatie van interventies en beïnvloedende factoren in de jeugdzorg te meten?

In hoofdstuk 5 staat de *implementatiemonitor* beschreven. De implementatiemonitor is ontwikkeld om behulpzaam te zijn bij het verzamelen, analyseren en interpreteren van kwantitatieve gegevens. In hoofdstuk 6 en 7 staat de psychometrische kwaliteit van twee instrumenten centraal. In deel III van dit proefschrift komen twee empirische studies naar implementatie aan de orde waarbij de monitor is gebruikt.

5 Meten van een implementatieproces met de implementatiemonitor

5.1 Inleiding

Implementatie van een interventie in de jeugdzorg is pas succesvol als er sprake is van implementatie in enge en brede zin. In hoofdstuk 2 staat dit uiteengezet: implementatie kan niet los gezien worden van de resultaten die cliënten behalen gedurende het hulpverleningsproces. In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de *implementatiemonitor*, een samenhangend geheel van instrumenten waarmee kwantitatief onderzoek naar implementatie mogelijk is.

In de implementatiemonitor moeten twee veranderingsprocessen aan elkaar worden verbonden, namelijk het *primaire hulpverleningsproces voor de cliënt* – om implementatie in brede zin te meten – en het *implementatieproces voor hulpverleners* – om implementatie in enge zin te meten.

Ten eerste het primaire hulpverleningsproces: een cliënt ontvangt een bepaalde interventie en dit leidt al dan niet tot positieve resultaten, zoals afname van problemen of het realiseren van doelen, zie figuur 5.1.

Figuur 5.1 *Primair hulpverleningsproces voor cliënten*



Ten tweede het implementatieproces: een hulpverlener wordt geacht een interventie uit te voeren en om een integrale uitvoering te bevorderen vinden verschillende implementatie-activiteiten plaats. Dit leidt in meer of mindere mate tot het integer uitvoeren van de interventie, zie figuur 5.2.

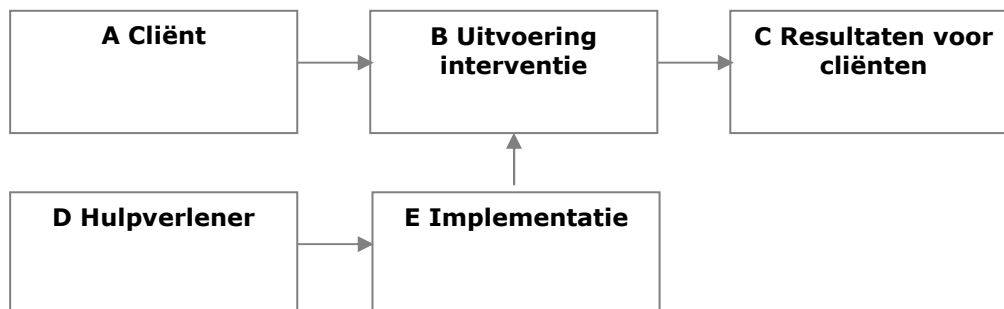
Figuur 5.2 *Implementatieproces voor hulpverleners*



De overlap in de twee processen is te vinden in het uitvoeren van de interventie. Doel van het veranderingstraject bij de hulpverlener is dat de hulpverlener de interventie gaat uitvoeren zoals deze bedoeld is, dus met programma-integriteit (implementatie in enge zin). De verwachting is dat de cliënt op die manier de meest optimale hulp krijgt en dat de resultaten voor de cliënt behaald worden (implementatie in brede zin). De *implementatiemonitor* verenigt de twee processen in één schema met vijf onderdelen, in figuur 5.3 weergegeven als onderdeel A tot en met onderdeel E.

De implementatiemonitor in figuur 5.3 is een aanpassing van het eerder gepresenteerde theoretisch model uit paragraaf 2.5. Het theoretisch model laat zien welke aspecten *in het algemeen* van belang zijn bij een implementatieproces. In het onderhavige deel van het proefschrift ligt de focus op de monitoring van de implementatie van een *specifieke* interventie bij een *specifieke* organisatie. De kenmerken van de interventie en de kenmerken van de organisatie liggen daarmee vast, een aantal andere onderdelen van het implementatieproces worden bij de monitoring van het implementatieproces volgens figuur 5.3 uitvergroot.

Figuur 5.3 *Schematische weergave van de implementatiemonitor*



Met onderdeel E wordt uitvergroot wat de kenmerken zijn van de implementatiestrategie (fasering, implementatieactiviteiten). Met onderdeel B wordt zichtbaar wat de kenmerken zijn van de uitvoering van de interventie (de implementatie in enge zin) en met onderdeel C wat de kenmerken zijn van de resultaten bij cliënten (de implementatie in brede zin). Om de resultaten bij cliënten goed te kunnen bepalen is meer informatie nodig over de kenmerken van de cliënten bij de start van de hulp (onderdeel A), omdat we uit onderzoek weten dat

deze de eindresultaten mede bepalen. Tevens is daarmee te bepalen of met de geïmplementeerde interventie de beoogde doelgroep is bereikt. Tot slot vergroot onderdeel D de determinant ‘doelgroep’ uit, oftewel de kenmerken van hulpverleners die bij het implementatieproces betrokken zijn.

In het kort geeft het schema het volgende weer: om de gewenste resultaten (C) te behalen, moet een interventie (B) uitgevoerd worden bij een groep cliënten (A). Dit wordt bereikt door die interventie goed te implementeren (E) bij een groep hulpverleners (D).

5.1.1 Implementatiemonitor benutten voor onderzoek

In figuur 5.3 staan de belangrijkste onderdelen in kernwoorden benoemd, de implementatiemonitor is gedurende een onderzoekstraject steeds gedetailleerder in te vullen.

Bij het *ontwerpen* van onderzoek in de praktijk kan de implementatiemonitor een handig hulpmiddel zijn. Het opzetten van een logisch schema helpt onderzoekers om duidelijk te krijgen over welke aspecten zij na afloop van het onderzoek uitspraken willen doen. Per onderdeel kan uitgedacht worden welke variabelen interessant zijn om te meten en ook welke mogelijkheden er zijn om bepaalde aspecten meetbaar te maken. In paragraaf 5.2 is hiervan een voorbeeld opgenomen.

Tijdens de *dataverzameling* kan de implementatiemonitor fungeren als een overzicht. Door de onderdelen periodiek langs te lopen wordt duidelijk welke gegevens al verzameld zijn en welke gegevens nog ontbreken, door wie en met welk instrumentarium. Zo is ook de belasting voor verschillende betrokkenen te volgen en is duidelijk of de voortgang van de dataverzameling niet in gevaar komt. Eventueel kunnen er wijzigingen worden doorgevoerd. In paragraaf 5.3 beschrijven we met welke instrumenten de belangrijkste onderdelen van een implementatieproces gemeten worden.

Tot slot heeft de implementatiemonitor zijn nut in de fase van *data-analyse* en *-interpretatie*. Het logische schema helpt om hoofd- en bijzaken te onderscheiden en te focussen op wat het doel is van het onderzoek. Relaties tussen variabelen zijn makkelijker te interpreteren aan de hand van het schema. In hoofdstuk 8 en 9 is aandacht voor de wijze waarop onderzoeksvragen beantwoord kunnen worden aan de hand van de implementatiemonitor.

5.2 Methodiek Ambulante Hulp

In de volgende paragraaf zullen we de implementatiemonitor, zoals deze in figuur 5.3 staat afgebeeld, verder uitwerken. Dit doen we aan de hand van twee gefixeerde elementen: de organisatie en de methodiek. We illustreren hoe de monitor te gebruiken is aan de hand van het implementatieproces van de Methodiek Ambulante Hulp⁶ bij Jeugdformaat. In de huidige paragraaf geven we daartoe eerst een beschrijving van de methodiek. Daarna operationaliseren we wat onder een goede uitvoering en goede resultaten van de methodiek wordt verstaan. Verder laten we zien welke implementatiestrategie bedacht is.

5.2.1 Hoofdkenmerken van de methodiek

Jeugdformaat biedt jaarlijks jeugd- en opvoedhulp aan circa 5.000 cliënten in de regio Haaglanden. Een deel van deze cliënten krijgt na indicatie van Bureau Jeugdzorg hulp via de Methodiek Ambulante Hulp. De ambulant hulpverlener geeft de cliënt in de eigen omgeving – bij voorkeur thuis – ondersteuning bij het opvoeden en opgroeien en begeleidt zowel de ouders als de jeugdige. De doelgroep voor deze interventie bestaat uit jeugdigen van 0 tot 18 jaar en hun gezin, waarbij het evenwicht in het gezinssysteem is verstoord. Het kan daarbij gaan om gedragsproblemen of ontwikkelingsproblemen van de jeugdige, opvoedingsproblemen van de ouders of om combinaties daarvan. Er zijn problemen op meerdere levensgebieden, zoals thuis, op school of op het werk. Het kan zijn dat een uithuisplaatsing dreigt. Ambulante hulp wordt zowel *enkelvoudig* als *gecombineerd* aangeboden. Met enkelvoudig wordt de interventie zonder andere vormen van hulp bedoeld en de gecombineerde variant is een combinatie van hulp thuis met bijvoorbeeld daghulp of residentiële hulp. De hulpverlener oefent vaardigheden met het gezin en besteedt aandacht aan de communicatie tussen gezinsleden, de dagelijkse routine, de ontwikkeling van het kind en de opvoedingsvaardigheden van de ouders. Het streven is dat het gezin na afloop van de hulp minder problemen heeft en competentier is om op eigen kracht of met hulp van het eigen sociale netwerk met problemen om te gaan.

⁶ We gebruiken het voorbeeld van Jeugdformaat, omdat de studie naar de implementatie van de Methodiek Ambulante Hulp bij Jeugdformaat de hoofdstudie vormt van dit proefschrift. De implementatiemonitor kan echter evengoed gebruikt worden om implementatietrajecten bij andere jeugdzorgorganisaties of andere interventies te monitoren. Deze en de volgende paragrafen zijn te zien als een uitgewerkt voorbeeld van de implementatiemonitor.

Ambulant hulpverleners zijn professionals met doorgaans een sociaal agogische opleiding in het hoger beroepsonderwijs. Jeugdformaat biedt een basistraining aan beginnende ambulant hulpverleners en aanvullende trainingen aan ervaren hulpverleners. Gedurende de uitvoer van hulp aan gezinnen worden hulpverleners ondersteund door een leidinggevende, door een gedragswetenschappers en door collega's van het Jeugdhulpteam waar zij deel van uitmaken.

Ontwikkeling Methodiek Ambulante Hulp

De Methodiek Ambulante Hulp Jeugdformaat is een interventie die binnen de organisatie van Jeugdformaat is ontwikkeld. Enerzijds op basis van theoretische inzichten over wat werkt bij ambulante hulpverlening aan jeugdigen en gezinnen met opvoed- en opgroei-problematiek, anderzijds op basis van praktijkervaringen van medewerkers.

Sinds 2006 werkt Jeugdformaat met een 'nulversie' van de interventie die voornamelijk gebaseerd is op theoretische onderbouwing (Vogelvang & Van Vugt, 2006). Deze nulversie is in 2006 en 2007 doorontwikkeld en er zijn praktijkervaringen verzameld met behulp van de Bouwstenenmethode (Vogelvang & Vermeiden, 2008). In 2007 is op basis van die ervaringen een verbeteringslag naar versie 1 gemaakt (Vogelvang, Goorden & Van Vugt, 2007).

Er werd gekozen om versie 1 nog niet te implementeren in de praktijk, maar de methodiek meteen door te ontwikkelen naar versie 2 (Goorden et al., 2008). De stafafdeling Ontwikkeling & Ondersteuning van Jeugdformaat heeft versie 1 begin 2008 gereviseerd en afgestemd op het beleid en de brede praktijk van de instelling. Toevoegingen waren gericht op een goede borging van algemeen werkzame factoren in de interventie en op het bieden van meer concrete handelingsaanwijzingen voor ambulant hulpverleners⁷.

Versie 2 van de Methodiek Ambulante Hulp is door Jeugdformaat in 2008 geïmplementeerd bij acht teams en dat implementatieproces is onderwerp van studie in dit proefschrift. De verwachting is dat een goede uitvoering van de methodiek bijdraagt aan goede resultaten voor cliënten. Om het implementatieproces – de implementatie in enge en brede zin – goed te onderzoeken, moet inzicht zijn in wat een goede uitvoering inhoudt en wat goede resultaten voor cliënten zijn.

⁷ Een versie van de Methodiek Ambulante Hulp is op te vragen bij de coördinator methodiekontwikkeling van Jeugdformaat.

Goede uitvoering van de methodiek

Jeugdformaat vindt het belangrijk dat hulpverlening gericht is op het herstellen van het zelfregulerend vermogen van de opvoeders en jeugdige. Het doel van de ambulante hulp is dan ook het vergroten van vaardigheden en het versterken van eigen krachten van jeugdigen en ouders. De basishouding van hulpverleners is gebaseerd op vijf pijlers (Goorden, Vogelvang, Van Vugt et al, 2008).

1. vraaggericht werken,
2. relatievorming,
3. focus op ontwikkeling en het versterken van competenties,
4. systeemgericht werken en
5. ‘empowerment’ van de cliënt met een focus op oplossingen en activeren

In de methodiek staat beschreven wat deze basishouding concreet inhoudt en daarnaast zijn de algemeen werkzame factoren – waarvan breed aangenomen wordt dat zij de effectiviteit van de hulp in het algemeen vergroten – verwerkt in de methodiek. Voorbeelden van algemeen werkzame factoren zijn *aansluiten bij de motivatie van de cliënt, gestructureerd werken en voldoende professionaliteit van de hulpverlener* (Van Yperen, 2003).

Voor het meten van de uitvoering van de methodiek zijn er twee aanknopingspunten. Ten eerste harde *indicatoren* voor de duur van de hulp, de contactfrequentie, de fasering en de inzet van middelen. Ten tweede een wat ‘zachtere’ maat, de manier waarop werkzame elementen uit de methodiek zijn ingezet, die noemen we *kerncomponenten*.

Harde maat: indicatoren uit de methodiekbeschrijving

De interventie is gestructureerd aan de hand van drie fasen: start, uitvoer en afbouw. Het uitgangspunt is dat er een half jaar hulp verleend wordt, waarbinnen gemiddeld 21 contacten van een uur met het gezin en het sociale of professionele netwerk plaatsvinden. In de *startfase* van de hulp inventariseert de hulpverlener de problematiek aan de hand van standaardvragenlijsten en gesprekken en stelt de hulpverlener samen met het gezin doelen op. Deze doelen zijn een vertaling van de hulpvraag van de cliënt, de hulp is daardoor vraaggericht en sluit aan bij de motivatie van de cliënt. Gedurende de *uitvoeringsfase* van de hulp werken gezin en hulpverlener aan de doelen met behulp van middelen en activerende en oplossingsgerichte technieken die aansluiten bij de doelen. De ambulante hulpverlener heeft oog voor de context van de jongere en de ouders en probeert belangrijke personen in het

netwerk van het gezin bij de hulp te betrekken. In de afbouwfase wordt gewerkt aan bestendiging van verandering en inventariseert de hulpverlener met behulp van vragenlijsten en gesprekken in hoeverre problemen zijn afgenomen, de doelen zijn behaald en of het gezin op eigen kracht verder kan.

Bovenstaande levert een aantal indicatoren op voor hoe de uitvoering van de interventie er volgens de methodiekbeschrijving uit hoort te zien:

- Duur van een half jaar
- 21 contacten met jeugdige, gezin en systeem
- Contactfrequentie van vier keer per maand
- De hulp kent een fasering
 - Start: doelen stellen, vragenlijsten afnemen
 - Uitvoer: werken aan doelen met behulp van middelen/technieken
 - Afbouw: vragenlijsten afnemen

Zachte maat: kerncomponenten van de methodiek

Op basis van de algemeen werkzame factoren en de pijlers voor ambulante hulpverlening is een aantal *kerncomponenten van de methodiek* onderscheiden (Stals, 2008a). Deze zijn bedoeld om het onderzoek naar de implementatie van de Methodiek Ambulante Hulp inhoudelijk te richten. De elf kerncomponenten zijn voorafgaand aan de implementatie van versie 2 van de methodiek in samenspraak met leidinggevenden, gedragswetenschappers en hulpverleners geformuleerd, zodat consensus bestond over welke elementen belangrijk waren voor de interventie. Per kerncomponent staan de vijf belangrijkste vaardigheden of technieken benoemd, deze staan schuin gedrukt.

1. Informatie verzamelen

De ambulante hulpverleners moet in staat zijn om *het gezin te observeren* en voldoende *informatie uit gesprekken* kunnen destilleren. Verder is het van belang dat de hulpverlener in de start- en eindfase van de hulp *standaardvragenlijsten afneemt* voor een goede inschatting en evaluatie van de problematiek en dat de hulpverlener *(in)competenties in kaart brengt*. Tot slot moet de hulpverlener *contact met betrokkenen* bij het gezin hebben.

2. Informatie analyseren en integreren

Na het verzamelen van informatie moet de hulpverlener in staat zijn *informatie uit verschillende bronnen te integreren* om zo een *overkoepelend beeld te kunnen schetsen*. Verder is de verwachting dat

de hulpverlener een *belikopterview heeft* over het gezin, dat de hulpverlener *werkhypothesen opstelt* en een *professionele mening vormt* over het gezin en de hulpverlening.

3. Doelen stellen

Samen met het gezin worden doelen gesteld. Daarbij is het van belang dat de *hulpvraag vertaald wordt in doelen* en dat er voldoende aandacht is voor de *'eigen doelen' van de cliënt*. Daarnaast is het ook zaak dat de doelen *SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden)* zijn en dat de doelen *haalbaar zijn binnen de indicatie en passen bij de visie op ambulante hulp van Jeugdformaat*.

4. Werkrelatie opbouwen

Om een goede werkrelatie op te bouwen is gesteld dat hulpverleners moeten *aansluiten bij de cliënt, aandacht moeten hebben voor de motivatie van de cliënt* en dat ze verder *activerend werken* en *vraaggericht werken*. Tot slot wordt van hulpverleners gevraagd hun *professionaliteit in te zetten* gedurende de hulp door een mening te vormen en deze ook te uiten.

5. Succesmomenten bekrachtigen

De hulpverlener moet gericht zijn op competenties in gezinnen. Door *complimenten te geven en te ontvangen* geeft de hulpverlener het goede voorbeeld. De hulpverlener kan gedurende de hulp actief *kleine successen creëren* en ook *successen herkennen en uitvergrooten*. Bijvoorbeeld door hele concrete doelen te stellen en te zorgen dat deze behaald worden. Daarnaast is het van belang dat de hulpverlener *krachten van het cliënt(systeem) opzoekt* en deze *krachten van het cliënt(systeem) bevestigt*.

6. Gestructureerd werken

Om gestructureerd te kunnen werken, wordt er van hulpverleners verwacht dat ze *werken volgens een plan*, dat ze *werken met een fasering in de hulp (een start-, uitvoerings- en afbouwfase)*. Hulpverleners moeten voor zichzelf en aan gezinnen *kunnen voorspellen wat er volgt* en *werken met werkpunten en middelen*. Aan het einde van een traject moeten ze een *goede afbouw verzorgen*.

7. Regiefunctie voeren

Van ambulant hulpverleners wordt verwacht dat ze een regiefunctie vervullen in het gezin, door *verantwoording te nemen* wanneer dat nodig is, *afspraken te maken, deze vast te leggen en zich er aan te houden*. Hulpverleners *onderhouden in- en externe contacten* met andere hulpverleners in het gezin. Indien nodig wordt een gezin *verwezen*. Hulpverleners moeten goed kunnen *omgaan met crises* in het gezin.

8. *Gesprekstechnieken*

De belangrijkste gesprekstechnieken die hulpverleners moeten toepassen zijn *luisteren, samenvatten, positief heretiketteren, meerszijdige partijdigheid bewaken en feedback geven en ontvangen.*

9. *Netwerk betrekken*

Hulpverleners moeten aansluiten bij het netwerk dat een gezin al heeft of samen met het gezin kijken welke kansen er zijn om het netwerk te vergroten, zodat het gezin daar steun uit kan putten. Hiertoe moeten hulpverleners *het netwerk inschakelen, krachten in het netwerk herkennen, contacten met het netwerk onderhouden, samen met het gezin het netwerk uitbreiden en systeemgericht werken.*

10. *Werken aan verandering*

Gedurende de hulp werkt de hulpverlening met het gezin aan verandering. Hierbij is het belangrijk dat er een aansluiting is tussen de doelen en de gebruikte middelen/technieken, oftewel: *van doelen via middelen/technieken tot verandering komen.* Een hulpverlener moet *vaardigheden kunnen overbrengen, oefenen met het cliëntsysteem en rollenspellen inzetten.* Al met al werkt de ambulante hulpverlener *oplossingsgericht.*

11. *Reflecteren op eigen handelen*

Tot slot moet een hulpverlener reflecteren op het eigen handelen door *het eigen handelen te verwoorden, het eigen handelen kritisch te bekijken, cliënten en collega's om feedback te vragen, zicht te hebben op sterke en zwakke kanten van zichzelf en indien nodig te vragen om hulp of ondersteuning.*

Dit alles overziend, is er sprake van een goede uitvoering van de methodiek als deze wordt uitgevoerd volgens *indicatoren uit de methodiekb beschrijving* en als de *kerncomponenten* worden ingezet. Op deze twee aspecten zal de uitvoering van de hulp bij Jeugdformaat dan ook gemeten worden.

Goede resultaten voor cliënten

Jeugdformaat richt zich voor het meten van resultaten van de hulp aan cliënten op een aantal prestatie-indicatoren, te weten: *doelrealisatie*, *probleemafname*, *competentietoename* en *cliënttevredenheid*. Tot nu toe heeft monitoren van resultaten binnen Jeugdformaat – bij verschillende hulpvormen – uitgewezen dat cliënten die ambulante hulp krijgen tevreden zijn over de hulp, zij geven gemiddeld een rapportcijfer 8. Verder blijkt dat problemen van jeugdigen afnemen (afhankelijk van informant effectgroottes tussen .23 en .53) en competenties van ouders toenemen (effectgrootte .46) gedurende de hulp (Reith, 2009). De doelen van het gezin worden voor circa 45% volledig en voor circa 45% deels behaald. Het is onder jeugdzorgaanbieders nog vrij uniek dat deze cijfers gepresenteerd kunnen worden (Geurts et al., 2010) en op zichzelf laten de resultaten een positief beeld zien.

Tegelijkertijd roepen dit soort cijfers weer nieuwe vragen op. Bijvoorbeeld of dit nu goede resultaten zijn. Wanneer is er sprake van goede resultaten voor cliënten? Welke norm moet daarvoor gehanteerd worden? In het jeugdzorgveld is daar nog geen goed antwoord op. Voor de studie die in dit proefschrift gepresenteerd wordt, hanteren we de resultaten die bij Jeugdformaat gedurende een aantal jaren zijn behaald als norm. De belangrijkste vraag die in de dit proefschrift aan de orde is, is welke invloed de Methodiek Ambulante Hulp heeft op die resultaten voor cliënten.

Jeugdformaat verwacht dat een goede uitvoering van de Methodiek Ambulante Hulp bijdraagt aan resultaten bij de cliënt. De organisatie beseft dat er verschil is tussen hulpverleners als het gaat om het uitvoeren van de hulp en verwacht dat hoe beter de hulpverlener de interventie uitvoert zoals deze bedoeld is, hoe beter de resultaten bij de cliënt zullen zijn. Verder wordt verwacht dat de programma-integriteit bij de hulpverlener – dus de mate waarin de interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld – wordt beïnvloed door de manier van implementeren.

Kortom, de hypothese van Jeugdformaat is *dat goede implementatie van de Methodiek Ambulante Hulp ervoor zorgt dat hulpverleners de interventie goed uitvoeren en dat zorgt er voor dat resultaten voor cliënten behaald worden.*

5.2.2 Implementatie Methodiek Ambulante Hulp

Om tot goede implementatie – en daarmee naar verwachting goede uitvoering en resultaten van de hulp – te komen heeft Jeugdformaat een implementatieplan gemaakt voor de Methodiek Ambulante Hulp (Stals, Wortel & Reith, 2008). Dit implementatieplan stelde – naast het verspreiden van de methodiekmap – op drie gerichte activiteiten – *training op maat*, *feedback door leidinggevenden en gedragswetenschappers* en *resultatenbesprekingen* – waarmee beoogd werd de hulpverleners goed te ondersteunen bij het uitvoeren van de interventie.

1. *Training op maat*

Doel van deze activiteit was het aanleren van een vernieuwde werkwijze. Jeugdformaat wilde hulpverleners op maat trainen en heeft daarom voorafgaand aan de training inzichtelijk gemaakt hoe competent hulpverleners waren op verschillende onderdelen van de methodiek (zie ook hoofdstuk 7). Er is gekozen voor interactieve bijeenkomsten met ruimte voor oefening van vaardigheden en het uitwisselen van ervaringen tussen hulpverleners. Na de training moesten ambulante hulpverleners kunnen werken zoals bedoeld in de Methodiek Ambulante Hulp, versie 2.

2. *Feedback door leidinggevenden en gedragswetenschappers*

Doel was het integreren van continue feedback op hulpverlener- en teamniveau. Om het effect van de training bij ambulante hulpverleners te borgen heeft Jeugdformaat naast de trainingen voor een aanvullende implementatieactiviteit gekozen: periodieke feedback van leidinggevenden en gedragswetenschappers. Het idee daarbij was dat leidinggevenden en gedragswetenschappers tijdens respectievelijk de werkbegeleiding en consulten feedback zouden geven op de werkwijze en resultaten van ambulante hulpverleners. Deze implementatieactiviteit zou werken als een voortdurende ‘*reminder*’ (herinnering) van wat de ambulante hulpverleners hebben geleerd in de training en aan de kerncomponenten uit de interventie.

3. *Resultatenbesprekingen*

De derde implementatieactiviteit was bedoeld om gedurende de implementatie resultaten voor de cliënt zichtbaar te maken en te bespreken, zodat hulpverleners direct konden zien welke verandering hun cliënten doormaakten. Deze resultatenbesprekingen zijn ook te zien als continue feedback op het eigen handelen. Resultatenbesprekingen kunnen zowel in individuele contacten met leidinggevenden en gedragswetenschappers plaatsvinden, maar ook

in teambesprekingen en besprekingen op teamoverstijgend niveau. Het idee was dat deze besprekingen er niet alleen voor zorgen dat de interventie goed ingevoerd werd, maar ook dat deze geborgd werd.

De verwachting van Jeugdformaat was dat deze implementatieactiviteiten ervoor zorgen dat de interventie Methodiek Ambulante Hulp in de verschillende teams goed verspreid, geadopteerd, ingevoerd en geborgd zouden worden.

5.3 Implementatiemonitor Methodiek Ambulante Hulp

De belangrijkste onderdelen van de implementatiemonitor zijn in de loop van de voorgaande paragraaf al impliciet aan bod gekomen bij de beschrijving van de methodiek en de implementatie. In deze paragraaf zetten we uiteen welke variabelen er per onderdeel gemeten zullen worden om inzicht te krijgen in het implementatieproces van de Methodiek Ambulante Hulp. Daarbij staat aangegeven welke instrumenten gebruikt zijn om de verschillende onderdelen te meten. Het gaat om de onderdelen: *kenmerken van cliënten, uitvoering interventie, resultaten voor cliënt, kenmerken van hulpverleners* en tot slot *kenmerken van implementatie*.

5.3.1 Uitgangspunten bij instrumenten voor de implementatiemonitor

Bij de selectie van instrumenten om het implementatieproces bij Jeugdformaat te meten zijn een aantal uitgangspunten van belang geweest.

- *Betrouwbaarheid en validiteit van de instrumenten* – De psychometrische kwaliteit van instrumenten is belangrijk bij goed onderzoek. Wanneer dat kon, is er gebruik gemaakt van bestaande vragenlijsten waarvan de psychometrische kwaliteit onderzocht was⁸. Wanneer er instrumenten geconstrueerd moesten worden, is door middel van een goede theoretische onderbouwing en een toetsing van de instrumenten aan sleutelfiguren in het veld getracht de validiteit op voorhand positief te beïnvloeden⁹.
- *Hanteerbaarheid van de instrumenten voor professionals en cliënten* – Hulpverleners vullen de meeste instrumenten van de implementatiemonitor in, de belasting op hen is relatief groot. Bij de keuze voor instrumenten was het doel steeds om goed hanteerbare vragenlijsten te gebruiken, waar de hulpverlener niet op voorhand negatief tegenover zouden staan.

Gedurende het onderzoek kan blijken dat een bepaalde aanpak of een bepaald instrument niet goed werkt. Zo is er voor het meten van de uitvoering van de hulp bij Jeugdformaat in eerste instantie gekozen voor het bijhouden van verrichtingen door hulpverleners. Dit stuitte op veel weerstand, omdat het arbeidsintensief was en de technische ondersteuning om dit mogelijk te maken tekort schoot. Op dat moment is er bewust voor een andere onderzoeksmethode gekozen. De

⁸ Bijvoorbeeld de Strengths and Difficulties Questionnaire, zie verderop in deze paragraaf

⁹ Bijvoorbeeld de Vragenlijst Kerncomponenten, zie verderop in deze paragraaf

uitvoering van de hulpverlening is gemeten met behulp van een gestructureerd interviewprotocol, waarbij hulpverleners via interviews verbaal hun respons konden geven.

- *Aansluiting bij de bestaande werkwijze en bestaand instrumentarium* – Er wordt al veel data verzameld in organisaties voor jeugd- en opvoedhulp, bijvoorbeeld in het kader van de landelijke prestatie-indicatoren (Van der Steege & Van Yperen, 2009). Met de studie bij Jeugdformaat is zo veel mogelijk aangesloten bij bestaande instrumenten en bestaande werkprocessen, zodat gegevens niet dubbel verzameld zouden worden¹⁰. Nadeel daarvan was dat keuzes voor instrumenten reeds gemaakt waren, voordeel was dat de belasting voor betrokkenen beperkt bleef en het gebruik van de vragenlijsten al onderdeel was van het dagelijks werk.

5.3.2 Instrumenten voor de implementatiemonitor

A Kenmerken van cliënten

Het eerste onderdeel uit de implementatiemonitor gaat over kenmerken van de cliënten die hulp ontvangen. Deze kenmerken worden in kaart gebracht omdat zo bekeken kan worden wat de relatie is tussen de beginsituatie van de cliënt en de resultaten van de hulp. Verder maken de gegevens duidelijk of de beoogde doelgroep bereikt wordt.

A Kenmerken cliënten
Achtergrondgegevens
Aard van problematiek
Type hulpvraag

Per cliënt zijn een aantal *achtergrondgegevens* verzameld van de cliënten. Verder zijn er gegevens verzameld over de *aard van de problematiek* bij aanvang en is het *type hulpvraag* in kaart gebracht. Informatie over de kenmerken van cliënten zijn verzameld met behulp van de volgende instrumenten en hulpmiddelen:

- *Digitaal dossier*

Jeugdformaat maakte ten tijde van de studie gebruik van een digitaal hulpverleningsdossier in een voor Jeugdformaat ontwikkeld cliëntinformatiesysteem, Formviewer. Uit dit hulpverleningsdossier zijn onder andere gegevens verzameld over start- en einddatum van de hulp, de geboortedatum, sekse en juridische maatregelen van de jeugdigen.

- *Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ)*

De Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997; Goedhart, Treffers & van Widenfelt, 2003) is een vragenlijst voor ouders, jeugdigen en leerkrachten die een beeld geeft van de aard en de ernst van

¹⁰ Bijvoorbeeld voor het instrumentarium met betrekking tot kenmerken van de cliënt en resultaten van de hulp.

gedrags- en emotionele problemen van de jeugdige. Het instrument bestaat uit vijf schalen met elk vijf items (Gedragsproblemen, Emotionele problemen, Aandachtstekort-Hyperactiviteit, Problemen met leeftijdsgenoten, Prosociaal gedrag), een schaal voor Totale Problemen en een Impactscore die de gevolgen van de problemen op het dagelijks functioneren van het kind aangeeft (Goedhart, Treffers, & van Widenfelt, 2003; Goodman, 1997). De interne consistentie is redelijk tot goed (Widenfelt, Goedhart, Treffers, & Goodman, 2003; Muris, Meesters, Eikelenboom & Vincken, 2004). De stabiliteit en concurrente validiteit van de vragenlijst zijn eveneens aan te merken als redelijk tot goed (Muris et al., 2004).

- *Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP)*

De Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP; Van Yperen, Van den Berg, Eijgenraam, & De Graaf, 2006) is een instrument waarmee de hulpverlener in kort bestek een taxatie maakt van de ernst van de problematiek. De aandacht gaat daarbij uit naar het functioneren van de jeugdige (FJ-schaal; 6 items), de kwaliteit van de opvoedingsomgeving (KO-schaal; 5 items), de zwaarte van de benodigde hulp (ZZ-schaal; 3 items) en de urgentie van die hulp (UZ-schaal; 1 item). De interne consistentie van de eerste drie schalen is redelijk tot goed (FJ $\alpha=.78$; KO $\alpha=.81$; ZZ $\alpha=.72$). Uit recent onderzoek is bekend dat de interbeoordelaarbetrouwbaarheid voldoende is (Eijgenraam, Van Yperen, Van der Pijll, Lekkerkerker & Post, 2008).

- *Parenting Self Agency Measure (PSAM)*

De vijf vragen van de Parenting Self Agency Measure (PSAM, Dumka Stoerzinger, Jackson & Roosa, 1996) vormen samen een factor voor de schaal ervaren ouderlijke competentie (parenting self-agency). De vragen zijn positief geformuleerd en werden in de oorspronkelijke versie van de vragenlijst beantwoord via een vierpuntsschaal die bij Jeugdformaat is veranderd in een zespuntsschaal. In eerder onderzoek bij Jeugdformaat bleek de interne consistentie voldoende tot goed (Eekhof, 2006). De interne consistentie zoals gemeten in de studie bij Jeugdformaat komt aan bod in hoofdstuk 8.

- *Doelcodes aan de hand van de Doelenboom (Doelcode)*

De Doelenboom (Reith, Hofman, Stams, Van Yperen, 2007) is een systeem waarin hulpverleningsdoelen in vier hoofdcategorieën en een aantal subcategorieën zijn ondergebracht. De hoofdcategorieën zijn kind, gezin, omgeving en probleembeschrijving. Met deze doelcodes kan geanalyseerd worden op welk gebied een cliënt(systeem) hulp vraagt, oftewel wat het type hulpvraag is.

B Uitvoering van de interventie

Het tweede onderdeel uit de implementatiemonitor is de uitvoering van de interventie. Dit is een belangrijke schakel, omdat het een uitkomst is van het implementatieproces – de implementatie in enge zin – en ook een mogelijke beïnvloedende factor op de resultaten voor de cliënt – de implementatie in brede zin.

<p>B Uitvoering interventie</p> <p>Kerncomponenten</p> <p>Indicatoren uit methodiekbeschrijving</p>
--

Per hulpverleningstraject zijn gegevens verzameld over de *kerncomponenten* van de interventie en verder zijn *indicatoren uit de methodiekbeschrijving* in beeld gebracht. Dit zijn indicatoren voor de duur van de hulp, de frequentie van de hulpverleningscontacten, de fasering van de hulpverlening en meer. Met deze gegevens kan een omschrijving gemaakt worden van de

hulp die cliënten hebben ontvangen. De verwachting is dat de wijze waarop de interventie is uitgevoerd, een relatie heeft met de manier van implementeren (blok E) en met de resultaten van de hulp voor de cliënt (blok C).

Bij Jeugdformaat werden voorafgaand aan het onderzoek geen gegevens verzameld over de uitvoering van de interventie. Daarnaast was er geen gevalideerd instrument voorhanden om de uitvoering te meten. Er bestaan wel instrumenten om programmaintegriteit te meten, maar deze zijn toegespitst op een specifieke interventie, zoals de Therapist Adherence Measure (TAM) die bij Multi System Therapy (MST) gehanteerd wordt. Het bleek in de praktijk complex om te bepalen op welke aspecten van de uitvoering nu precies gemonitord moest worden, omdat hier weinig gevalideerde voorbeelden van zijn. Uiteindelijk zijn de gegevens over de uitvoering van de interventie veelal verzameld met behulp van een voor dit onderzoek geconstrueerde vragenlijst in de vorm van een gestructureerd interview. Een interview bleek daarbij voor hulpverleners een prettige manier van dataverzameling, omdat zij hun antwoorden mondeling konden geven in plaats van dat ze extra moesten rapporteren op papier.

- *Interview*

Tijdens het interview zijn hulpverleners bevestigd op een aantal indicatoren van het hulpverleningstraject:

- duur van de hulp
- aantal hulpverleningscontacten
- de frequentie van contacten met cliënt, gezin en het netwerk
- de fasering van het traject
- de doelen waaraan gewerkt is
- de vragenlijsten en middelen die zijn ingezet

Verder is er gevraagd in hoeverre algemeen werkzame factoren van toepassing waren en is met behulp van een cijfer tussen de 0 en 10 gevraagd in hoeverre de elf kerncomponenten uit de methodiek zijn ingezet in het hulpverleningstraject.

C Resultaten voor cliënten

Het derde onderdeel gaat over resultaten die bij cliënten behaald worden. Per cliënt zijn gegevens verzameld over de mate waarin doelen behaald zijn (*doelrealisatie*), de mate waarin problemen afnemen (*probleemafname*), de mate waarin competenties van ouders toenemen (*competentievergroting*) en de mate waarin jeugdigen en ouders tevreden zijn over de hulp (*cliënttevredenheid*).

C Resultaten voor cliënten
Doelrealisatie
Probleemafname
Competentievergroting
Cliënttevredenheid

Bij Jeugdformaat werden reeds gegevens verzameld over de resultaten voor de cliënt in het

kader van de landelijke prestatie-indicatoren. Zoals eerder genoemd, is bij deze uitkomstmaten aangesloten. Doelrealisatie is gemeten met behulp van Goal Attainment Scaling. Probleemafname is gemeten met behulp van een voor- en nameting op de SDQ en de STEP. Competievergroting is gemeten met behulp van voor- en nameting op de PSAM. Cliënttevredenheid is gemeten met de Waarderingslijst.

- *Goal Attainment Scaling (GAS)*

Elk doel wordt bij de beëindiging van de hulp gescoord met de Goal Attainment Scaling (GAS). Bij elk doel uit het hulpverleningsplan worden jeugdigen (vanaf acht jaar), ouders en hulpverleners gevraagd een oordeel te geven over het al dan niet behalen van de doelen. Hierbij worden de volgende vier rubrieken gebruikt:

- 1 Doel niet gebaald, situatie is ongunstiger dan bij start; 0 Doel niet gebaald, situatie gelijk als bij start; +1 Doel deels gebaald, situatie gunstiger dan bij start; +2 Doel gebaald.

- *Waarderingslijst*

De tevredenheid van jeugdigen en ouders over de hulp van Jeugdformaat is gemeten aan de hand van de Waarderingslijst, een door Jeugdformaat geconstrueerde vragenlijst. Uit deze vragenlijst zijn twee items gebruikt voor de studie. Ten eerste de vraag in hoeverre de jeugdige of ouder tevreden is over de hulp bij Jeugdformaat, gemeten op een vijfpuntsschaal. Ten tweede een rapportcijfer als maat voor de algehele tevredenheid over de hulp bij Jeugdformaat.

D Kenmerken van hulpverleners

Het vierde onderdeel in de implementatiemonitor omvat gegevens over de hulpverlener. De hulpverlener is een belangrijke actor in een implementatieproces, hij bepaalt uiteindelijk hoe de interventie wordt uitgevoerd. Kenmerken van de hulpverlener kunnen er aan bijdragen dat dit soepeler of minder soepel verloopt (Cabana et al, 1999).

**D Kenmerken
hulpverleners**

Achtergrondgegevens

Houding tov
verandering

Competenties

Bij Jeugdformaat zijn *achtergrondgegevens* van de hulpverleners in kaart gebracht, zoals de ervaring, leeftijd en opleiding van de hulpverleners. Daarnaast ging in de studie de interesse uit naar de *houding ten opzichte van de verandering* van hulpverleners (in hoeverre wil een hulpverlener met de interventie werken) en de *competenties* van hulpverleners (in hoeverre kan de hulpverlener met de interventie werken). De houding en competenties van hulpverleners worden niet vaak gemeten in onderzoek naar interventies in de jeugdzorg, terwijl vanuit theorie wel aannemelijk is dat die van invloed zijn op de uitvoering van de interventie (onderdeel B) en op de resultaten voor de cliënt (onderdeel C) (Moulding, Silagy, & Weller, 1999). In dit proefschrift wordt extra aandacht besteed aan het meten van deze constructen, zodat dit in vervolgonderzoek ook bruikbaar is. De houding ten opzichte van de verandering is gemeten met behulp van de *Decision Determinants Questionnaire (DDQ)*, zie hoofdstuk 6 voor

psychometrisch onderzoek naar de validiteit en betrouwbaarheid. Voor het meten van de competenties van hulpverleners is gebruik gemaakt van een eigen ontwikkelde vragenlijst, zie hoofdstuk 7 voor de constructie en betrouwbaarheid van de *Vragenlijst kerncomponenten*.

- *Vragenlijst implementatie*

Ten behoeve van de achtergrondkenmerken van de hulpverleners is een korte vragenlijst afgenomen, samen met de DDQ, waarin naar de sekse, leeftijd, opleiding en werkervaring van de hulpverleners is gevraagd.

- *Decision Determinants Questionnaire (DDQ)*

De houding ten opzichte van de verandering wordt gemeten met behulp van de Decision Determinants Questionnaire (Bedell et al., 1985; Bijl & Van den Bogaart, 1992; Van den Bogaart & Wintels, 1988). De DDQ die in deze studie is afgenomen bestaat uit 41 items, onderverdeeld in 8 schalen. Uit het onderzoek van Bijl en Van den Bogaart (1992) is gebleken dat de Nederlandstalige versie van de DDQ voldoende betrouwbaar en valide is. In hoofdstuk 6 van dit proefschrift staat een studie naar de psychometrische kwaliteit beschreven, daarin komt het instrument uitgebreid aan bod.

- *Vragenlijst Kerncomponenten*

De Vragenlijst Kerncomponenten (Stals, 2008a) is ontwikkeld binnen Jeugdformaat om de competenties van hulpverleners op werkzame bestanddelen van de Methodiek Ambulante Hulp inzichtelijk te maken. In hoofdstuk 7 van dit proefschrift staat een studie naar de psychometrische kwaliteit beschreven. Daarin komt het instrument uitgebreid aan bod.

E Kenmerken implementatie

Het vijfde onderdeel uit de implementatiemonitor gaat over de activiteiten die per team zijn ingezet om de implementatie van de interventie te bevorderen. De verwachting is dat deze activiteiten bijdragen aan de mate waarin hulpverleners de interventie uitvoeren (onderdeel B). Bij Jeugdformaat zijn verschillende activiteiten ingezet,

<p>E Kenmerken implementatie</p>

<p>Training op maat</p>

<p>Feedbackmomenten</p>

<p>Resultatenbespreking</p>

zoals een *training op maat* en *feedbackmomenten* gedurende het uitvoeren van de hulp (Stals, Reith, & Wortel, 2008). Het plan was om de uitvoering en uitkomsten van de hulp ook te monitoren, zodat deze periodiek besproken konden worden met hulpverleners tijdens *resultatenbesprekingen*. Van de drie implementatieactiviteiten zijn gegevens verzameld over de frequentie en kwaliteit waarmee ze ingezet zijn gedurende het implementatieproces, onder andere met behulp van evaluatieformulieren en vragenlijsten voor de werkbegeleiding en consultatie. Gegevens over resultatenbesprekingen en overige implementatieactiviteiten zijn verzameld door de onderzoeker.

- *Evaluatieformulier trainingen*

Na afloop van de methodiektrainingen zijn alle deelnemers – ambulante hulpverleners – gevraagd een evaluatieformulier in te vullen. Hierop kon op een 5-punts Likert schaal een waardering gegeven worden over

de inhoud van de training, de tijdsverdeling tussen theorie en oefenen, de sfeer en veiligheid, de trainer, de bekendheid met de pijlers van de Methodiek Ambulant en de mate waarin de methodiek tijdens de training aan de orde is gekomen. Daarnaast kon een ‘rapportcijfer’ gegeven worden als waardering voor de totale training.

- *Vragenlijst Werkbegeleiding, Vragenlijst Consultatie*

De vragenlijsten ‘*Werkbegeleiding Vragenlijst door LG*’ en de ‘*Consultatie Vragenlijst door GW*’ zijn ontwikkeld door Stichting Jeugdformaat (Stals, 2008)b. Er is nog geen normering beschikbaar en er is nog geen onderzoek gedaan naar de validiteit en betrouwbaarheid van de vragenlijsten. Er wordt op deze vragenlijsten aangekruist welke van de elf kerncomponenten zijn besproken. De vragenlijsten voor werkbegeleiding en consultatie worden ingevuld door de leidinggevend en gedragswetenschappers, tijdens of na afloop van de werkbegeleiding of consultatie aan een ambulant hulpverlener.

- *Werkbegeleiding Evaluatieschaal (WES) en Consultatie Evaluatieschaal (CES)*

De Werkbegeleiding Evaluatieschaal en de Consultatie Evaluatieschaal zijn ontwikkeld door stichting Jeugdformaat (Stals, 2008b) om de tevredenheid van ambulant hulpverleners over de werkbegeleiding en consultatie te meten. Deze vragenlijsten zijn gebaseerd op de Werkbegeleidingsbeoordelingsschaal (WBS) van Yorneo (voorheen Jeugdzorg Drenthe) (Roosma, persoonlijke communicatie). Op elke vragenlijst staan vijf balken met aan weerskanten van de balk een uitspraak. Door middel van een streep op de balk geeft de respondent aan of hij/zij het meer eens is met de negatieve uitspraak of meer eens is met de positieve uitspraak. De vragenlijst wordt gescoord met behulp van een liniaal die de balk indeelt in scores van 0 tot 100.

De CES wordt ingevuld door de ambulant hulpverlener na het consult. Er zijn vijf schalen:

- De schaal *advies* loopt van *De adviezen van de gedragswetenschapper helpen mij niet om verder te komen met mijn cliënten* tot *De adviezen van de gedragswetenschapper helpen mij zeer goed om verder te komen met mijn cliënten*.
- De schaal *vraag beantwoord* loopt van *De vragen waarmee ik naar deze consultatie kwam zijn na afloop niet beantwoord* tot *De vragen waarmee ik naar deze consultatie kwam zijn na afloop goed beantwoord*.
- De schaal *doelen en onderwerpen* loopt van *We hebben niet gewerkt aan de doelen en onderwerpen die van belang zijn om verder te komen met mijn cliënten* tot *We hebben goed gewerkt aan de doelen en onderwerpen die belangrijk zijn om verder te komen met mijn cliënten*.
- De schaal *methodiek* loopt van *De gedragswetenschapper stimuleert mij niet om de methodische principes in mijn werk met de cliënt op een juiste manier toe te passen* tot *De gedragswetenschapper stimuleert mij goed om de methodische principes in mijn werk met de cliënt op een juiste wijze toe te passen*.
- De schaal *samenvattend* loopt van *Samenvattend helpt de consultatie van vandaag mij niet verder in het bereiken van een goed resultaat met mijn cliënten* tot *Samenvattend helpt de consultatie van vandaag mij goed verder in bereiken van een goed resultaat met mijn cliënten*.

De WES voor leidinggevend is hetzelfde opgebouwd als de CES. Van de vijf schalen zijn de eerste twee afwijkend aan die van de CES, de andere drie schalen zijn hetzelfde.

- De schaal *leiding nemen en structureren* loopt van *De leidinggevende neemt geen leiding en structureert de bijeenkomst niet* tot *De leidinggevende neemt goed leiding en structureert de bijeenkomst*.
- De schaal *toekomst gericht* loopt van *De vragen van de leidinggevende zijn vooral gericht op hoe het de afgelopen*

periode is gegaan tot De vragen van de leidinggevende stimuleren mij om goede plannen voor de volgende periode te maken.

De evaluatieschalen voor werkbegeleiding en consultatie worden zoals gezegd ingevuld door de hulpverleners. Bij voorkeur na afloop van elk gesprek, doch minimaal elke 2 maanden.

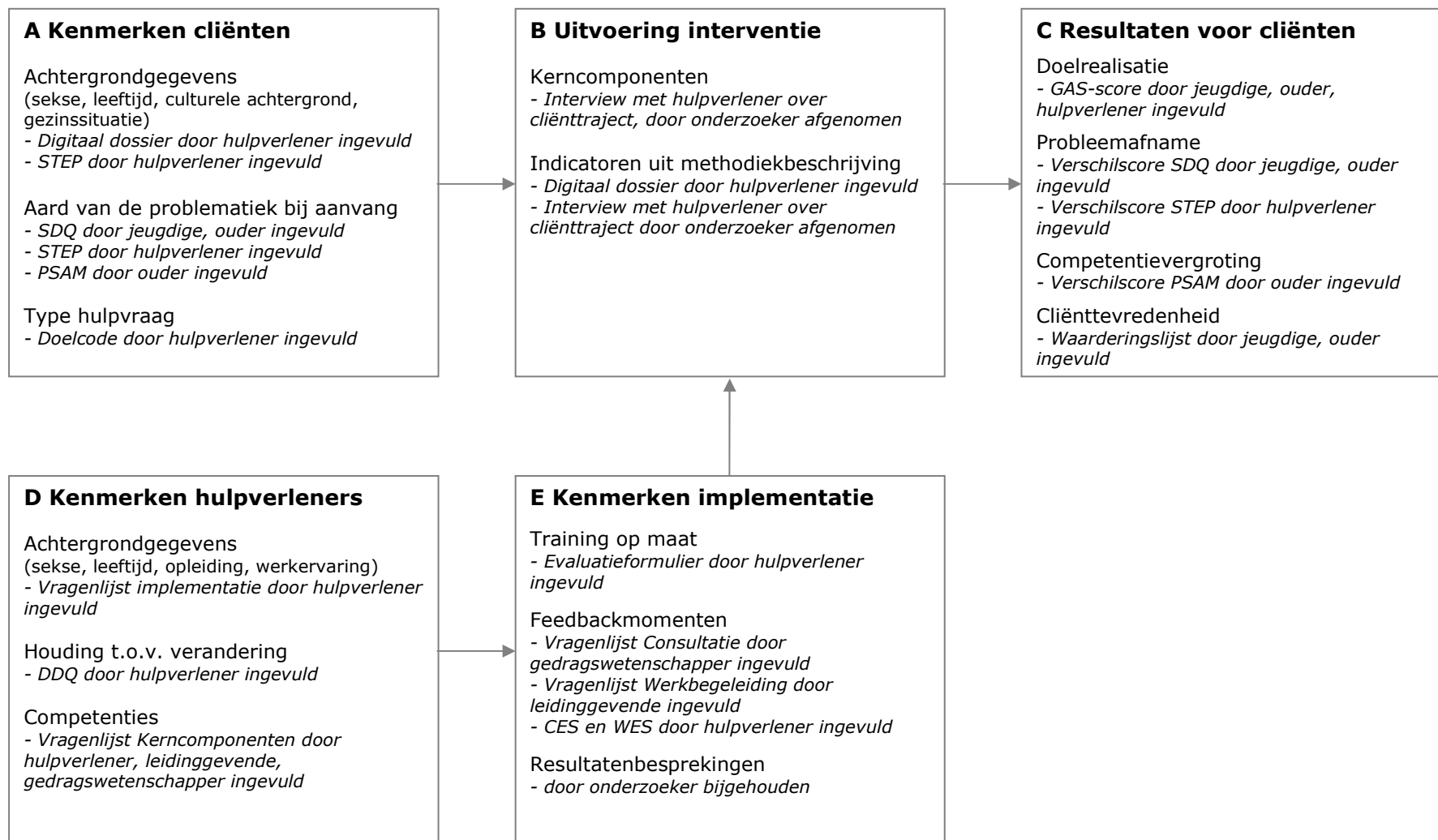
Uit onderzoek bij Jeugdformaat naar de vragenlijsten blijkt dat de interne consistentie van de schalen goed is. De interne consistentie is zelfs erg hoog (Cronbach's alpha $>.90$) waardoor de items afzonderlijk weinig onderscheidend vermogen hebben en de schaal met vijf items het beste als een globale waardering gezien kan worden (Kerpershoek, 2010).

5.4 Samenvatting

Al met al biedt de implementatiemonitor voor Jeugdformaat een schematisch overzicht waarin de beoogde variabelen voor de dataverzameling staan over de uitvoering en uitkomsten van een interventie en over kenmerken die daarmee samenhangen: kenmerken van de cliënt, de hulpverlener en de implementatie. In figuur 5.5 staat de implementatiemonitor met gebruikte instrumenten als een samenvatting van dit hoofdstuk weergegeven.

In deel III van dit proefschrift staat te lezen hoe er in twee empirische studies gebruik gemaakt is van deze gegevens. In de nu volgende paragrafen worden de Decision Determinants Questionnaire en de Vragenlijst Kerncomponenten nader onderzocht.

Figuur 5.5 Implementatiemonitor met gebruikte instrumenten en respondenten voor studie bij Jeugdformaat



6 Deelstudie: meten van houding ten opzichte van verandering¹¹

6.1 Inleiding

In toenemende mate is er aandacht voor de vraag hoe interventies het beste geïmplementeerd kunnen worden in organisaties voor de jeugdzorg (Dane & Schneider, 1998; Domitrovich & Greenberg, 2000; Fixsen, Naoom, Blasé, Friedman & Wallace, 2005; Oxman, Thomson, Davis & Haynes, 1995). Het streven daarbij is dat professionals werken volgens effectieve interventies en kinderen en gezinnen daardoor de best passende hulp krijgen (Fixsen et al, 2005; Stals, Van Yperen, Reith & Stams, 2010). Implementatie van interventies in de praktijk gaat echter moeizaam; implementatieprocessen verlopen vaak grillig en soms stoppen of stagneren deze zelfs (Boonstra, 2000; Fleuren, Wiefferink, & Paulussen, 2002). Het blijkt dat tal van factoren van invloed zijn op het verloop van de implementatie, zowel in bevorderende als belemmerende zin (Berwick, 2003; Fleuren et al., 2002; Graczyk, Domitrovich, Small & Zins, 2006; Rogers, 1995). Deze factoren staan in de literatuur beschreven als determinanten van het implementatieproces (Bijl, 1996; Fleuren et al., 2002; Rogers, 1995). Implementatiedeskundigen raden aan om voorafgaand aan de implementatie een *determinantenanalyse* uit te voeren om zicht te krijgen op de werking van de aanwezige beïnvloedende factoren (Fleuren, 2002; Grol & Wensing, 2006).

De Decision Determinants Questionnaire (DDQ) is een instrument waarmee een van de determinanten van het implementatieproces inzichtelijk gemaakt kan worden, namelijk hoe betrokkenen denken over het implementeren van een vernieuwing. De vragenlijst is ontwikkeld in de Verenigde Staten door Bedell en collega's (1985) en in Nederland vertaald door Van den Bogaart en Wintels (1988). De DDQ is theoretisch gebaseerd op het 'A VICTORY' model van Davis (1973). Davis benoemt in dit model acht cruciale factoren die van invloed zijn op succesvolle implementatie van een vernieuwing in een organisatie. Dit

¹¹ Deze paragraaf is gebaseerd op een artikel over de psychometrische eigenschappen van de DDQ door Karlijn Stals, Inge Wissink, Geert Jan Stams, Wouter Reith, Tom van Yperen (in voorbereiding).

zijn eigenlijk uiteenlopende randvoorwaarden, van organisatorische, financiële, personele, professionele en inhoudelijke aard. Aan de hand van deze factoren wordt bepaald in hoeverre een instelling volgens betrokken medewerkers is opgewassen tegen de taak een bepaalde vernieuwing te implementeren. De acht factoren uit het model van Davis zijn *ability*, *values*, *idea*, *circumstances*, *timing*, *obligation*, *resistance* en *yield*, de eerste letters vormen samen het acroniem A VICTORY. Het gaat er steeds om hoe de toekomstige gebruikers van de vernieuwing – de doelgroep – tegen de acht factoren aankijkt. De Nederlandse uitleg van de begrippen is afkomstig van Bijl en Van den Bogaart (1992):

- *Ability*: de mate waarin de doelgroep vindt dat noodzakelijke hulpbronnen aanwezig zijn en ingezet worden. Bijvoorbeeld menskracht, financiën en deskundigheid van medewerkers.
- *Values*: de mate waarin de vernieuwing overeenkomt met waarden van de doelgroep.
- *Ideas*: (ook wel *information* genoemd) de mate waarin de doelgroep inzicht heeft in de mogelijkheden van de vernieuwing en in de eisen die het implementeren van de vernieuwing stelt.
- *Circumstances*: de mate waarin de doelgroep vindt dat er omstandigheden voorkomen die invloed hebben op de mogelijkheid om te veranderen. Bijvoorbeeld verandering van directie, verandering in wetgeving, ontevredenheid met bestaande methodes.
- *Timing*: de mate waarin volgens de doelgroep de vernieuwing op het juiste moment wordt voorgesteld en geïmplementeerd.
- *Obligation*: de mate waarin volgens respondenten door de doelgroep de noodzaak van of de behoefte aan verandering wordt gevoeld.
- *Resistance*: de mate waarin er in de doelgroep al dan niet openlijk weerstanden tegen de vernieuwing zijn, voorkomend uit angsten, irritaties en gebrek aan interesse.
- *Yield*: de mate waarin de vernieuwing in de ogen van de doelgroep leidt tot opbrengsten die de moeite van het veranderen lonen.

Door Bijl en Van den Bogaart (1992) is bij 72 organisaties onderzoek gedaan naar de psychometrische kwaliteiten van de Nederlandse versie van de DDQ. Dit gaf een positief

beeld: de bereidheid tot verandering kan volgens hen met de DDQ betrouwbaar en valide gemeten worden. Uit de factoranalyse van Bijl en Van den Bogaart (1992) blijkt dat de acht schalen in twee factoren uiteen vallen die zij, naar voorbeeld van Van den Bogaart en Wintels (1988), in de discussie van het artikel voorzichtig typeren als een ‘intrinsiek-motivationale’ en een ‘extrinsiek-voorwaardelijke’ factor. De onderbouwing voor deze indeling in twee factoren is niet uitgebreid. In totaal bestaat de vragenlijst uit acht schalen. Zes van de acht schalen laden hoog op de eerste factor, twee schalen op de tweede factor en één schaal op beide factoren. Op basis hiervan kiezen Bijl en Van den Bogaart ervoor om de algemene maat voor veranderingsbereidheid te berekenen aan de hand van de vijf schalen die hoog laden op de eerste factor, te weten *ability*, *values*, *ideas*, *obligation* en *yield*.

Er is interesse voor breder gebruik van de DDQ in praktijkonderzoek. Dit blijkt doordat de vragenlijst geregeld gebruikt wordt bij evaluatiestudies naar implementatietrajecten (zie bijvoorbeeld Slot, Van Tooren & Bijl, 2004; Jonkman, Jung-Tas & Van Dijk, 2005; Van Dijk & Hilhorst, 2000). Deze studies geven meestal een kwalitatieve beschrijving van de acht factoren. Een tweede manier waaruit de interesse blijkt is dat in recente literatuur aan de DDQ gerefereerd wordt als mogelijk middel om de houding ten opzichte van verandering in organisaties inzichtelijk te maken (Fleuren & De Jong, 2006; Tavecchio, 2008). Niet alleen na afloop van een implementatietraject, maar ook om die houding voorafgaand aan de daadwerkelijke implementatie te meten. De DDQ kan in dat licht een functie hebben in de determinantenanalyse.

Ondanks het gebruik in evaluatiestudies en de interesse die er lijkt te zijn om de vragenlijst breder te benutten, is er sinds de publicatie van Bijl & Van den Bogaart (1992) niet meer in wetenschappelijke tijdschriften gerapporteerd over de DDQ en de psychometrische kwaliteiten van het instrument. Dit is opmerkelijk, om een aantal redenen. Ten eerste werd er al in 1992 over beperkingen van de vragenlijst gerapporteerd en deden de auteurs aanbevelingen voor verder onderzoek. Ten tweede is het opvallend dat de vragenlijst uit 41 items bestaat (verdeeld over 8 schalen) en dat er uiteindelijk maar 24 items (de 5 schalen *ability*, *values*, *ideas*, *obligation* en *yield*) benut worden voor de totale veranderingsbereidheid schaal. Kortom, voor een brede toepassing van de DDQ is aanvullend onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst voor implementatietrajecten in de jeugdzorg nodig.

Het doel van deze studie is om te bekijken of de DDQ een betrouwbaar en valide instrument is om de bereidheid tot veranderen te meten bij het implementeren van interventies in de jeugdzorg. Deze studie richt zich hiervoor op de interne consistentie, de dimensionaliteit en de meetinvariantie van de vragenlijst. De onderzoeksvragen die hierbij horen zijn de volgende:

1. *Wat is de interne consistentie van de acht schalen en van de totaalschaal van de DDQ?*
2. *Vallen de acht schalen van de DDQ inderdaad uiteen in twee achterliggende factoren, of is een andere oplossing beter passend?*
3. *Zijn de acht schalen van de DDQ meetinvariant over twee onderzoeksgroepen?*

6.2 Methode

In dit hoofdstuk wordt gerapporteerd over de uitkomsten van de DDQ in twee studies in het jeugdzorgveld. De eerste studie heeft in het najaar van 2008 plaatsgevonden bij Jeugdformaat (JF), een zorgaanbieder voor jeugd- en opvoedhulp in Haaglanden. De tweede studie vond plaats in het najaar van 2009 bij de Bureaus Jeugdzorg (BJZ) in Nederland.

6.2.1 Context van de vragenlijst

Bij Jeugdformaat is de DDQ ingezet in verband met onderzoek naar de implementatie van de vernieuwde Methodiek Ambulante Hulp. De vragenlijst is *voorafgaand* aan de implementatie afgenomen. De Methodiek Ambulante Hulp is een interventie die binnen Jeugdformaat is ontwikkeld en gericht is op ambulante opvoedingsondersteuning aan gezinnen met kinderen tussen 0 en 18 jaar in de regio Haaglanden. Acht regionaal georganiseerde teams voeren de interventie uit. Elk team bestaat uit een aantal ambulante hulpverleners, gedragswetenschappers en een leidinggevende.

Bij de Bureaus Jeugdformaat is de vragenlijst gebruikt om de implementatie van de Deltamethode Gezinsvoogdij te evalueren. De vragenlijst is *na afloop* van de implementatie afgenomen. Alle Bureaus Jeugdzorg in Nederland werken volgens de Deltamethode Gezinsvoogdij. De methode biedt gezinsvoogden handvatten om meer kindgericht en planmatig te werken, met als doel de hulp aan de onder toezicht gestelde jeugdigen te verbeteren. De gezinsvoogden krijgen ondersteuning van een teamleider of werkbegeleider.

6.2.2 Procedure

Bij Jeugdformaat is de vragenlijst in eerste instantie gericht aan alle 129 medewerkers die bij de afdeling ambulante werken; waaronder ambulante hulpverleners, leidinggevenden en staffunctionarissen. De vragenlijst werd uitgedeeld tijdens een vergadering en de respondenten konden de vragenlijst ter plekke invullen of – indien afwezig bij de vergadering – later retourneren. Twee maanden na het uitdelen van de vragenlijsten en na twee herinneringen via email was de respons 74% ($n=95$), zie tabel 6.1. De non-respons bedraagt 26% en is vooral te wijten aan personele omstandigheden (uitdiensttreding, verlof en ziekte).

Bij de Bureaus Jeugdzorg was de DDQ onderdeel van een uitgebreide vragenlijst in het kader van het onderzoek naar de implementatie en doelmatigheid van de Deltamethode Gezinsvoogdij (Stams, Top-van der Eem, Limburg, Van Vugt & Van der Laan, 2010). De

vragenlijst is persoonlijk uitgedeeld of toegestuurd aan 90 medewerkers. De vragenlijst is direct of via de post geretourneerd door 87 medewerkers, een respons van 97% ($n=87$).

6.2.3 Participanten

Tabel 6.1 Beschrijving onderzoeksgroep Jeugdformaat en Bureau Jeugdzorg

	Aantal uitgedeeld				Respons				Non-respons			
	JF		BJZ		JF		BJZ		JF		BJZ	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Hulpverleners/ gezinsvoogden	100	(100)	60	(100)	74	(74)	59	(98)	26	(26)	1	(2)
Werkbegeleiders/ Teamleiders	24	(100)	30	(100)	18	(75)	28	(93)	6	(25)	2	(7)
Staf	5	(100)	-		3	(60)	-		2	(40)	-	
Totaal	129	(100)	90	(100)	95	(74)	87	(97)	34	(26)	3	(3)

Noot JF= Jeugdformaat BJZ= Bureau Jeugdzorg

Voor Jeugdformaat bestond de onderzoeksgroep ($n=95$; 74% van totale populatie) uit ambulant hulpverleners, leidinggevend, gedragswetenschappers en staffunctionarissen. In tabel 6.1 zijn de respondenten weergegeven, opgesplitst naar functie. De onderzoeksgroep bestaat uit 85% vrouwen en 15% mannen met een gemiddelde leeftijd van 35.0 jaar (standaarddeviatie $sd=8.69$). De grootste groep, 60% van de hulpverleners, heeft een HBO opleiding afgerond, 36% een universitaire opleiding. Gemiddeld hebben de hulpverleners 8.9 jaar ($sd =7.84$) ervaring in de jeugdzorg en 4.1 jaar ($sd =4.72$) ervaring als ambulant hulpverlener.

Voor Bureau Jeugdzorg bestaat de onderzoeksgroep ($n=87$) uit gezinsvoogden en teamleiders/werkbegeleiders. De sekseverdeling bij de participanten van Bureau Jeugdzorg was 67% vrouw en 33% man. De gemiddelde leeftijd was 40.3 jaar ($sd=9.7$). Alle deelnemende gezinsvoogden en teamleiders hadden minimaal een HBO opleiding afgerond. De gezinsvoogden hadden gemiddeld 74.3 maanden ($sd=70.1$) werkervaring als gezinsvoogd en gemiddeld 19.2 maanden ($sd = 0.3$) werkervaring met de Deltamethode gezinsvoogdij. De teamleiders hadden gemiddeld 58.4 maanden ($sd = 52.8$) werkervaring als teamleider.

6.2.4 Instrumentarium

De DDQ die in deze studie is afgenomen bestaat uit de volledige versie met 41 items, onderverdeeld in 8 schalen. De volledige vragenlijst is opgenomen in Bijlage H6. In tabel 6.2 staan de subschalen met itemnummers en een voorbeelditem weergegeven. Elk item wordt

beantwoord aan de hand van een 7-puntsschaal die loopt van ‘geheel mee oneens’ tot ‘geheel mee eens’.

Tabel 6.2 *Subschalen met itemnummers en voorbeelditems van de DDQ*

Decision Determinants Questionnaire		
<i>Schalen</i>	<i>Items</i>	<i>Voorbeeld item:</i>
Ability	1- 4	Onze instelling heeft voldoende financiële middelen om de innovatie goed uit te voeren.
Values	5-11	De innovatie past binnen het hulp- of dienstverleningspakket van onze instelling.
Idea	12-16	Onze instelling heeft voldoende kennis over de innovatie om het verantwoord te kunnen invoeren.
Circumstances	17-21	De invoering van de innovatie wordt negatief beïnvloed door onvoorziene omstandigheden.
Timing	22-26	De innovatie is op een verkeerd moment op onze instelling geïntroduceerd.
Obligation	27-29	De innovatie voldoet aan een behoefte binnen onze instelling.
Resistance	30-36	Wij verwachten dat het invoeren van de innovatie negatieve gevolgen heeft.
Yield	37-41	Wij verwachten dat ons aanbod zal verbeteren door de invoering van de innovatie.

6.2.5 Analyses

De interne consistentie van de acht subschalen en van de totaalschaal van de DDQ is gemeten met behulp van Cronbach's alpha¹².

Bijl en Van den Bogaart (1992) onderzochten met behulp van factoranalyse met varimax rotatie of de acht schalen kunnen worden beschouwd als aspecten van één of of meerdere orthogonale dimensies. Zij vonden twee factoren met behulp van deze analyse en verbonden daaraan de conclusie dat met vijf van de acht schalen de totaalschaal ‘veranderingsbereidheid’ te construeren was. Aan de hand van de data in de onderhavige studie werd de analyse van Bijl en Van den Bogaart (1992) herhaald. In aanvulling op deze analyse is factoranalyse met oblimin rotatie uitgevoerd, omdat rekening gehouden moet worden met de mogelijkheid dat de dimensies gecorreleerd zouden kunnen zijn. Bovendien is met behulp van confirmatieve factoranalyse onderzocht of de acht schalen gezamenlijk op één factor laden. Bij de factoranalyses werd de norm gehanteerd dat een factorlading boven de .40 voldoende is.

Met behulp van multigroep confirmatieve factoranalyse is onderzocht in hoeverre de subschalen meetinvariant zijn. Als er sprake is van meetinvariantie, mag aangenomen worden dat de subschalen dezelfde concepten meten in verschillende groepen. Is er sprake van

¹² Voor de interne consistentie wordt aangehouden dat er sprake is van een lage interne consistentie bij een alpha tot .40, een matige interne consistentie bij .41 tot .60, een redelijke interne consistentie bij .61 tot .80 en een hoge interne consistentie bij een alpha hoger dan .81.

meetvariantie, dan worden de items van de subschalen verschillend geïnterpreteerd door de groepen. Dit werd onderzocht door na te gaan of factorladingen van de twee onderzoeksgroepen – Jeugdformaat en de Bureaus Jeugdzorg – aan elkaar gelijkgesteld konden worden. Vervolgens werd onderzocht of de interne consistenties van de acht subschalen bij de twee onderzoeksgroepen significant van elkaar verschilden.

6.3 Resultaten

6.3.1 Betrouwbaarheid

De betrouwbaarheid van de afzonderlijke schalen op de vragenlijst is onderzocht door de interne consistentie van de schalen te berekenen met behulp van Cronbach's Alpha. Er wordt in tabel 6.3 een vergelijking gemaakt tussen de DDQ, ingevuld door 1) de medewerkers van stichting Jeugdformaat; 2) de medewerkers van de Bureaus Jeugdzorg en 3) de DDQ zoals die onderzocht is door Bijl en Van den Bogaart (1992) en 4) door Bedell en collega's (1985). Hieruit blijkt dat 5 van de 8 schalen van de DDQ bij Jeugdformaat minder consistent zijn dan in het onderzoek van Bijl en Van den Bogaart. Bij de Bureaus Jeugdzorg zijn slechts 3 van de 8 schalen minder consistent dan in het onderzoek uit 1992. De verschillen zijn gering, met uitzondering van de interne consistentie op de schaal *circumstances* voor Jeugdformaat en de schaal *timing* voor Bureau Jeugdzorg. Er is getoetst of de interne consistenties van de schalen significant verschillen tussen de verschillende onderzoeksgroepen. Tussen de onderzoeksgroep bij Jeugdformaat en de Bureaus Jeugdzorg is er een significant verschil voor de schaal *timing* ($p=.00$) en voor de schaal *ideas* ($p=.04$).

Tabel 6.3. Cronbach's alpha voor de schalen op de DDQ per steekproef

Schaal	Jeugd- formaat		Bureaus Jeugdzorg		Bijl & Van den Bogaart, 1992		Bedell et al., 1985	
	α	n	α	n	α	n	α	n
Ability	.66	95	.73	78	.64	508	.75	223
Values	.59	95	.66	78	.73	410	.76	223
Idea	.59	95	.75	78	.74	311	.69	223
Circumstances	.43	95	.60	78	.65	349	.69	223
Timing	.62	95	.04	78	.53	210	.44	223
Obligation	.56	95	.60	78	.59	595	.67	223
Resistance	.89	95	.85	78	.78	582	.78	223
Yield	.89	95	.93	78	.82	602	.83	223
Veranderingsbereidheid								
• Op basis van 5 schalen	.80	95	.87	78	.85	264	-	
• Op basis van 8 schalen	.81	95	.89	78	-		-	
• Op basis van 41 items	.89	95	.93	78	-		-	

Noot de aanduiding - in de tabel betekent dat de gegevens ontbreken

Voor de totaalschaal van de DDQ geldt dat de interne consistentie van de *vijf schalen* die volgens Bijl en Van den Bogaart (1992) de schaal ‘veranderingsbereidheid’ vormen vergelijkbaar is met die van Jeugdformaat ($\alpha=.80$) en de Bureaus Jeugdzorg ($\alpha=.87$). De interne consistentie van de *acht schalen* van de DDQ van Jeugdformaat en de Bureaus Jeugdzorg is respectievelijk .81 en .89. De interne consistentie van de *41 items* van de DDQ is voor Jeugdformaat en de Bureaus Jeugdzorg respectievelijk .89 en .93.

6.3.2 Validiteit

Na de betrouwbaarheidsanalyse is een principale componentenanalyse met varimax rotatie toegepast, om te bekijken of de samenstelling van de totale schaal ‘veranderingsbereidheid’ op de DDQ overeenkomt met de factoroplossing – met twee factoren – van Bijl en Van den Bogaart (1992). Deze analyse is voor de data van Jeugdformaat en de Bureaus Jeugdzorg afzonderlijk uitgevoerd. Zoals uit tabel 6.4a blijkt, komen niet dezelfde resultaten naar voren als uit het onderzoek van Bijl en Van den Bogaart. Alleen de schalen *circumstances*, *obligation* en *yield* laten bij alle drie de onderzoeksgroepen dezelfde indeling zien, de andere vijf schalen niet.

Tabel 6.4a *Factorlading van subschalen op twee factoren (varimax rotatie)*

Variabele	Jeugdformaat		Bureaus Jeugdzorg		Bijl en Van den Bogaart, 1992	
	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2
Ability	.53	.47	.22	.87	.60	.23
Values	.66	.46	.59	.54	.82	.24
Idea	.57	.38	.35	.78	.75	.36
Circumstances	-.11	.86	.27	.68	.13	.77
Timing	.35	.74	.59	.40	-.01	.79
Obligation	.83	.12	.78	.36	.82	.03
Resistance	.40	.45	.89	.20	.81	.62
Yield	.84	-.04	.83	.28	.64	-.09
Verklaarde variantie	45.4%	14.9%	58.5%	10.8%	46.6%	17.1%

Noot factorladingen boven .40 zijn dikgedrukt

Ook met behulp van principale componentenanalyse met oblimin rotatie werd de structuur uit de studie van Bijl en Van den Bogaart (1992) niet gerepliceerd, zie tabel 6.4b. Alhoewel er met oblimin rotatie minder schalen hoog laden op beide factoren, is de verdeling over de twee factoren niet gelijk voor de twee onderzoeksgroepen en ook niet gelijk aan de verdeling die door Bijl en Van den Bogaart is gevonden.

Tabel 6.4b Factorlading van subschalen op twee factoren (oblimin rotatie)

Variabele	Jeugdformaat		Bureaus Jeugdzorg	
	Factor 1	Factor 2	Factor 1	Factor 2
Ability	.56	.29	-.09	.95
Values	.71	.23	.49	.40
Idea	.61	.18	.11	.77
Circumstances	-.09	.89	.05	.70
Timing	.39	.62	.55	.23
Obligation	.87	-.17	.79	.11
Resistance	.43	.31	1.00	-.14
Yield	.88	-.33	.88	-.02
Verklaarde variantie	45.4%	14.9%	58.5%	10.8%

Noot factorladingen boven .40 zijn dikgedrukt

Uit confirmatieve factoranalyse waarbij de schalen gedwongen worden op één factor, blijkt dat een 1-dimensionale oplossing goed past bij de acht schalen van de DDQ. Alle schalen hebben bij de onderzoeksgroep van Jeugdformaat een factorlading tussen .43 en .80, bij de Bureaus Jeugdzorg hebben alle schalen een factorlading tussen .65 en .82. De verklaarde variantie voor deze dimensie is voor Jeugdformaat en de Bureaus Jeugdzorg respectievelijk 45.4% en 58.5%.

6.3.3 Meetinvariantie

In tabel 6.5 staat per subschaal van de DDQ aangegeven in hoeverre de schaal meetinvariant is over de onderzoeksgroepen bij Jeugdformaat en de Bureaus Jeugdzorg. De analyse werd per subschaal uitgevoerd, zodat de beperkte steekproefgrootte¹³ geen belemmering zou vormen om meetinvariantie te toetsen (Meade & Bauer, 2007; Meade, Johnson, & Braddy, 2008). De verhouding tussen het aantal proefpersonen en variabelen was zelfs gunstig door deze werkwijze¹⁴.

Als eerste is de 'fit' vastgesteld van een basismodel van elk van de acht schalen van de DDQ, wat aangeeft of de items samen één schaal vormen¹⁵. Uit tabel 6.5a blijkt dat de fit van het basismodel van de schalen *values*, *circumstances* en *resistance* niet goed is, de fit van de schalen *ability* en *timing* is redelijk, de fit van de schalen *ideas*, *obligation* en *yield* is goed. Zoals te zien in

¹³ N=100 wordt soms als ondergrens genoemd, een algemeen aanvaarde vuistregel lijkt echter niet te bestaan.

¹⁴ Als vuistregel wordt aangehouden dat de verhouding 1 variabele per 10 proefpersonen gunstig is (Tabachnick & Fidell, 2006).

¹⁵ Wanneer de Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) een waarde heeft van lager dan .05 kan gesproken worden van een goede fit (Browne & Cudeck, 1993). Als de Comparative Fit Index waarden boven de .90 liggen, houdt dit een redelijke fit in en als de CFI een waarde heeft van boven de .95 betekent dit een goede fit (Bentler, 1990).

tabel 6.5b kan de fit van de schalen *values*, *circumstances*, *timing* en *resistance* verbeteren door een aantal items te verwijderen. De interne consistentie van de schaal *values* verslechtert hierdoor, de interne consistentie van de schalen *circumstances*, *timing* en *resistance* blijft vergelijkbaar.

Tabel 6.5a Modellen voor multigroep conformatieve factoranalyse, modelfit basismodel

	df	χ^2	p	RMSEA	CFI
Ability (item 1-4)	8	18.74	.02	.09	.94
Values (item 5-11)	38	111.69	.00	.11	.71
- zonder item 5,6,10,11	4	4.17	.38	.02	.99
Ideas (item 12-16)	11	11.58	.40	.02	1.00
Circumstances (item 17-21)	11	23.83	.01	.08	.83
- zonder item 19	9	8.13	.52	.00	1.00
Timing (item 22-26)	11	15.44	.16	.05	.95
- zonder item 22	5	5.27	.38	.02	1.00
Obligation (item 27-29)	3	2.22	.53	.00	1.00
Resistance (item 30-36)	36	118.76	.00	.12	.86
- zonder item 33, 34, 36	5	6.14	.29	.04	1.00
Yield (item 37-41)	16	20.15	.21	.04	.99

Noot df= vrijheidsgraden; χ^2 =chi-kwadraat; p=significantieniveau;

RMSEA= Root Mean Square Error of Approximation; CFI= Comparative Fit Index

Ten tweede is vastgesteld of de factorladingen van de twee groepen ‘gelijkgesteld’ kunnen worden aan elkaar door de fit van het gelijkgestelde model te vergelijken met de fit van het basismodel. De resultaten staan weergegeven in tabel 6.5b. Hieruit blijkt dat de schalen *ability*, *values*, *obligation*, *resistance* en *yield* in hun oorspronkelijke samenstelling gelijkgesteld kunnen worden en dus meetinvariant zijn over de twee onderzoeksgroepen. De chi-kwadraat toets is niet significant. Voor de schalen *ideas*, *circumstances* en *timing* is er wel een significant verschil is; deze schalen hebben geen gelijke lading voor de twee groepen.

Voor de schalen *values*, *circumstances*, *timing* en *resistance* geldt, zoals hierboven beschreven, dat de fit van het model beter is wanneer enkele items worden verwijderd. Uit tabel 6.5b is af te lezen dat bij de schalen *values*, *circumstances* en *resistance* de schalen na verwijdering van enkele items wel gelijk te stellen zijn en dus meetinvariant zijn. De schaal *timing* is niet gelijk te stellen en dus meetvariant. De schaal *ideas* is in de huidige vorm niet gelijk over de twee groepen, na verwijdering van item 16 wel. De fit is dan goed (RMSEA .02; CFI 1.00).

Tabel 6.5b *Modellen voor multigroep conformatieve factoranalyse, toetsing van factorladingen*

	Δdf	ΔX^2	Δp	Gelijkgesteld
Ability (item 1-4)	4	6.51	.16	Gelijk
Values (item 5-11)	7	5.68	.58	Gelijk
- zonder item 5,6,10,11	3	2.98	.40	Gelijk
Ideas (item 12-16)	5	11.51	.04	Ongelijk
Circumstances (item 17-21)	4	3.39	.50	Gelijk
- zonder item 19	5	11.97	.04	Ongelijk
Timing (item 22-26)	4	4.43	.35	Gelijk
- zonder item 22	5	24.23	.00	Ongelijk
Obligation (item 27-29)	4	19.08	.00	Ongelijk
Resistance (item 30-36)	3	2.22	.53	Gelijk
- zonder item 33, 34, 36	7	12.20	.09	Gelijk
Yield (item 37-41)	4	11.73	.02	Ongelijk

Noot Δdf = verschil vrijheidsgraden; ΔX^2 = verschil chi-kwadraat; Δp =verschil significantieniveau;
 gelijkgesteld= voor de twee groepen kunnen de schalen gelijkgesteld worden (gelijk) of niet (ongelijk)

6.4 Discussie

Het doel van deze studie was om de betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse versie van de Decision Determinants Questionnaire te onderzoeken. We hebben onderzoek gedaan naar de interne consistentie, de dimensionaliteit en de meetinvariantie van de vragenlijst.

Ten eerste concluderen we dat de bereidheid om te veranderen het beste gemeten kan worden aan de hand van alle acht schalen, omdat deze schalen samen één achterliggende dimensie vormen en de interne consistentie van de acht schalen samen goed is. In tegenstelling tot het onderzoek van Bijl & Van den Bogaart (1992) en Van den Bogaart & Wintels (1988) raden we aan de gehele vragenlijst te benutten voor het geven van een totaalbeeld, een algemene maat voor de bereidheid te veranderen. Hiermee beantwoorden we gedeeltelijk de eerste onderzoeksvraag; de interne consistentie van de totaalschaal is goed. Daarnaast beantwoorden we de tweede onderzoeksvraag – of de acht schalen van de DDQ uiteen vallen in twee achterliggende factoren – ontkennend. De acht schalen vormen samen namelijk één intern consistente dimensie, de *veranderingsbereidheid*.

Ten tweede concluderen we dat de subschalen van wisselende kwaliteit zijn:

- De schalen *ability*, *obligation* en *yield* zijn betrouwbare en valide schalen: de interne consistentie is redelijk, de items laden op één achterliggende dimensie en er zijn geen verschillen tussen de onderzoeksgroepen die op meetvariantie wijzen.
- De schalen *values*, *ideas*, *circumstances* en *resistance* zijn minder stevig. De interne consistentie is redelijk tot matig en/of de schalen zijn meetvariant in de huidige vorm. Aanpassing door verwijdering van één item kan dit bij twee schalen verhelpen: item 16 bij *ideas* en item 19 bij *circumstances*. Bij de schaal *values* zou de helft van de items verwijderd moeten worden om een meetinvariante schaal te krijgen, dat gaat ten koste van de interne consistentie. Bij de schaal *resistance* geldt dat voor drie van de zes items. Verwijderen gaat niet ten koste van de interne consistentie, maar wellicht wel van de informatie die de items kunnen opleveren.
- Tot slot is de schaal *timing* niet goed. Deze schaal is niet intern consistent en meetvariant, want aangeeft dat de verschillende items niet voldoende met elkaar samenhangen om samen een schaal te vormen en dat het afhankelijk is van de onderzoeksgroep wat er ingevuld wordt bij deze schaal.

De analyses geven aanwijzing voor het verwijderen van een aantal items om de interne consistentie en/of de meetinvariantie van de schalen te verbeteren. Toch denken we dat daar voorzichtig mee omgegaan moet worden, omdat deze items theoretisch niet sterk lijken af te wijken van andere items in de schaal. Een verklaring voor het feit dat de items niet goed passen bij andere items in de schaal zou in de formulering van de vragen kunnen liggen. Een deel van de vragen is in de tegenwoordige tijd geplaatst en een deel van de vragen gaat over verwachtingen voor de toekomst (bijvoorbeeld *'Onze instelling heeft voldoende kennis over de innovatie om het verantwoord te kunnen invoeren.'* versus *'Wij verwachten dat het invoeren van de innovatie negatieve gevolgen heeft'*). De items verschillen daarnaast doordat sommige vragen gaan over *'onze instelling'* en sommige vragen over *'wij'*. Het is goed mogelijk dat respondenten de vragen door de formulering verschillend interpreteren.

Ten derde trekken we de conclusie dat deze studie – met twee onderzoeksgroepen – heeft laten zien dat het bij een aantal schalen afhankelijk is van de onderzoeksgroep hoe de items geïnterpreteerd worden. Dit geldt voor de schalen *ideas*, *circumstances* en *timing* in hun oorspronkelijke samenstelling. Het verschil in interpretatie is mogelijk te verklaren doordat de vragenlijst bij de ene onderzoeksgroep *vooraf* en bij de andere onderzoeksgroep *na afloop* van de implementatie is afgenomen. Het is bijvoorbeeld goed mogelijk dat betrokkenen na afloop van een verandering anders terugkijken op de timing van een vernieuwing dan vooraf.

Een beperking van deze studie is dat de onderzoeksgroep klein is met in totaal 163 respondenten, verdeeld over twee groepen. Vergeleken met eerder onderzoek naar de DDQ is dit een kleine groep (Bedell et al., 1985; Bijl & Van den Bogaart, 1992).

Een andere beperking is het gebruik van twee verschillende onderzoeksgroepen in deze studie. Dit had als voordeel dat de mogelijkheid ontstond om te onderzoeken of de vragenlijst in verschillende situaties vergelijkbaar ingevuld wordt. Tegelijkertijd is het zo dat – nu we weten *dat* een aantal schalen verschillend geïnterpreteerd worden – het moeilijk is om te bepalen *waardoor* de schalen verschillend geïnterpreteerd worden. Naast het verschil dat de ene groep de implementatie vooraf en de andere groep de implementatie achteraf heeft beoordeeld, zijn er mogelijk nog meer verklaringen voor verschillen tussen de groepen. Bijvoorbeeld specifieke werkervaring, opleidingen, competenties, interesses of persoonskenmerken van de betrokken professionals. Het ontbreekt in deze studie echter aan

uitgebreide achtergrondgegevens over de onderzoeksgroepen waaruit af te leiden is wat het verschil in interpretatie kan veroorzaken.

Verder onderzoek met meerdere onderzoeksgroepen van hulpverleners in de jeugdzorg is gewenst om duidelijk te maken of de bevindingen uit deze studie generaliseerbaar zijn. Daarnaast is een meer omvangrijke dataset nodig om de schalen te verbeteren. Ten eerste kan verder onderzoek naar de dimensionaliteit van de vragenlijst de huidige conclusie dat één dimensie de beste oplossing is versterken. Daarnaast kan in een grotere onderzoeksgroep de DDQ in de bestaande vorm vergeleken worden met een aangepaste versie, met een aantal verwijderde of veranderde items.

6.5 Samenvatting

Samenvattend stellen we vast dat de DDQ een betrouwbaar en valide instrument is dat gebruikt kan worden voor kwantitatief onderzoek naar de bereidheid om te veranderen. We bevelen daarbij aan alle 41 items te gebruiken om de algemene bereidheid om te veranderen te meten. We raden verder aan om van de acht subschalen alleen de schalen *ability*, *obligation* en *yield* te gebruiken voor meer specifieke kwantitatieve analyses. De schalen *values*, *ideas*, *circumstances*, *resistance* en *timing* behoeven verbetering. Deze kunnen beter niet gebruikt worden voor specifieke kwantitatieve analyses, maar kunnen mogelijk wel kwalitatieve informatie geven over de houding van professionals in een implementatietraject.

7 Deelstudie: meten van competenties van hulpverleners

7.1 Inleiding

Resultaten van de hulp aan jeugdigen en gezinnen worden beïnvloed door de wijze waarop hulpverleners een interventie uitvoeren. De vaardigheid om met een interventie te werken wordt dan ook verondersteld een voorspeller te zijn voor hoe hulpverleners de interventie zullen uitvoeren. Er is echter nog weinig empirisch onderzoek gedaan naar de beste manier om professionals toe te rusten in het werken met interventies (Carroll, 2001; Luborsky, McLellan, Diguier, Woody, & Seligman, 1997). Een veelgebruikte strategie is het trainen van professionals (McHugh & Barlow, 2010), waarbij de verwachting is dat zij na afloop van de training voldoende vaardig zijn.

Uit een recente review van Herschell, Kolko, Baumann en Davis (2010) naar 55 studies over training van therapeuten blijkt dat het laten lezen van een handboek en deelnemen aan workshops over het algemeen weinig positieve resultaten laten zien. Trainingen die bestaan uit meerdere componenten – zoals een combinatie van een handboek, training en consultatie – zijn effectiever. De opbrengst van een training kan bevorderd worden door na afloop van de training consultatie en feedback te blijven geven (Herschell, Kolko, Baumann, & Davis, 2010; Mazzucchelli & Sanders, 2010).

Jeugdformaat stond voor de uitdaging om de Methodiek Ambulant, een interventie voor opvoedingsondersteuning aan ouders en jeugdigen, te implementeren bij meer dan honderd hulpverleners, verdeeld over acht teams. De hulpverleners hadden uiteenlopende vooropleiding en ervaring en waren al dan niet gewend om met vergelijkbare interventies te werken. Voordat de hulpverleners getraind werden, is daarom bedacht dat het goed zou zijn om de sterke kanten en trainingsbehoefte van hulpverleners in kaart te brengen. Die informatie kon gebruikt worden om de training aan hulpverleners invulling te geven en om de feedback en consultatie door leidinggevend en gedragswetenschappers na afloop van de training beter aan te passen aan de competenties van de betreffende hulpverleners.

Dit hoofdstuk beschrijft hoe voor Jeugdformaat een vragenlijst is ontwikkeld om competenties van hulpverleners op een aantal kernpunten uit de interventie te meten, de Vragenlijst Kerncomponenten. Verder wordt beschreven hoe de vragenlijst is gebruikt en wat de psychometrische kwaliteit van de lijst is. Doel is om duidelijk te krijgen of de vragenlijst een betrouwbaar en valide instrument is om competenties van medewerkers in kaart te brengen met betrekking tot de interventie Ambulante Hulp.

Tabel 7.1 Kerncomponenten met bijpassende concrete vaardigheden

Kerncomponent	Concrete vaardigheden
Informatie verzamelen	<ul style="list-style-type: none"> • observeren van het gezin • informatie uit gesprekken halen • standaardlijsten afnemen • contact met betrokkenen hebben • (in)competenties in kaart brengen
Analyseren	<ul style="list-style-type: none"> • integratie van verschillende informatie • overkoepelend beeld kunnen schetsen • helikopterview hebben • werkhypothesen opstellen • professionele mening vormen
Doelen stellen	<ul style="list-style-type: none"> • hulpvraag vertalen in doelen • aandacht voor 'eigen doelen' van cliënt • SMART doelen stellen • haalbare doelen binnen de indicatie stellen • passend bij de visie op ambulante
Werkrelatie opbouwen	<ul style="list-style-type: none"> • aansluiten bij de cliënt • aandacht voor motivatie van de cliënt • activerend werken • vraaggericht werken • professionaliteit inzetten (door mening te vormen en te uiten)
Succesmomenten vieren	<ul style="list-style-type: none"> • complimenten geven en ontvangen • kleine successen creëren • successen herkennen en uitvergroten • krachten van cliënt(systeem) opzoeken • krachten van cliënt(systeem) bevestigen
Gestructureerd werken	<ul style="list-style-type: none"> • werken volgens een plan • werken met een fasering in de hulp • kunnen voorspellen wat er volgt • werken met werkpunten en middelen • een goede afbouw verzorgen
Regie voeren	<ul style="list-style-type: none"> • verantwoording nemen • afspraken maken, vastleggen en zich er aan houden • in- en externe contacten onderhouden • verwijzen • omgaan met crises
Gesprekstechnieken	<ul style="list-style-type: none"> • luisteren • samenvatten • positief heretiketteren • meerzijdige partijdigheid bewaken • feedback geven en ontvangen
Netwerk betrekken	<ul style="list-style-type: none"> • het netwerk inschakelen • krachten in het netwerk herkennen • contacten onderhouden met netwerk • samen met gezin netwerk uitbreiden • systeemgericht werken
Tot verandering komen	<ul style="list-style-type: none"> • van doelen via middelen/technieken tot verandering komen • vaardigheden overbrengen • oefenen met cliëntensysteem • rollenspellen inzetten bij cliëntensysteem • oplossingsgericht werken
Reflecteren	<ul style="list-style-type: none"> • eigen handelen verwoorden • eigen handelen kritisch bekijken • cliënten/collega's om feedback vragen • zicht hebben op sterke en zwakke kanten van zichzelf • vragen om hulp/ondersteuning

7.1.1 Ontwikkeling vragenlijst Kerncomponenten

Op basis van de methodiekbeschrijving ‘Ambulante Hulp’ van Jeugdformaat (Goorden et al., 2008) en algemeen werkzame factoren voor hulpverlening (Van Yperen, 2003) is een overzicht gemaakt van belangrijke aspecten, ofwel kerncomponenten, uit de methodiek (Stals, 2008a). In hoofdstuk 5 staan de elf kerncomponenten uitgewerkt, in tabel 7.1 staan de kerncomponenten en de bijbehorende concrete vaardigheden kort weergegeven.

Het overzicht van kerncomponenten is gemaakt in samenspraak met drie sleutelfiguren, namelijk de methodiekontwikkelaar en een bij de methodiek betrokken gedragswetenschapper en leidinggevende. Hieruit kwam een lijst van tien kerncomponenten naar voren en ook een uitwerking van concrete vaardigheden die bij de kerncomponenten horen. De lijst met kerncomponenten en vaardigheden is voorgelegd aan alle leidinggevenden en gedragswetenschappers van de acht ambulante teams, waarna zij uitgenodigd werden te reageren. Een aantal leidinggevenden heeft de lijst met hulpverleners besproken en daarna gereageerd. Op basis van reacties is nog een elfde kerncomponent en een aantal concrete vaardigheden toegevoegd, die volgens de leidinggevenden en gedragswetenschappers niet mocht ontbreken.

7.1.2 Methodische en praktische eisen aan het instrument

Voor het bepalen van de betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijst Kerncomponenten is het van belang om stil te staan bij de eisen die aan het instrument te stellen zijn. Enerzijds dient rekening gehouden te worden met psychometrische eisen, anderzijds met de context van de studie bij Jeugdformaat. Dit heeft bij de ontwikkeling en het onderzoek naar de vragenlijst Kerncomponenten voor een aantal dilemma's gezorgd.

Hoge interne consistentie versus bruikbaarheid in de praktijk

Elk van de elf Kerncomponenten is uitgewerkt aan de hand van items die vijf concrete vaardigheden in beeld brengen. Om de betrouwbaarheid van een schaal te meten, wordt vaak gebruik gemaakt van de mate waarin de verschillende items intern consistent zijn. Hoe hoger de verschillende items binnen een schaal samenhangen, hoe beter de interne consistentie en daarmee de betrouwbaarheid van de schaal.

Bij het ontwikkelen van de vragenlijst Kerncomponenten was het van belang om zo zuinig mogelijk te meten. In de praktijk is een hoge interne consistentie niet zonder meer een

gunstige eigenschap; het geeft ook redundantie van items aan. Onder het motto van zuinig meten kan het dan acceptabel zijn items te verwijderen en genoeg te nemen met een lagere interne consistentie (Van Yperen, Van den Berg & Eijgenraam, 2003). Bovendien is het in de praktijk niet ondenkbaar dat de verschillende vaardigheden volstrekt logisch onder de zelfde Kerncomponent vallen, maar erg verschillend zijn van elkaar, in de zin dat een hoge score op het ene item geen hoge score op een ander item hoeft te impliceren. Zo is het bij *informatie verzamelen* voor te stellen dat de meeste hulpverleners erg bekwaam zijn in het observeren van een gezin en het contact houden met betrokkenen, maar dat zij veel minder bekwaam zijn in het afnemen van standaardvragenlijsten. Alle drie de vaardigheden zijn echter belangrijk voor de kerncomponent, ze zijn aanvullend aan elkaar. Veel belangrijker dan een hoge interne consistentie is in dat geval of de vijf vaardigheden samenhang vertonen met de achterliggende kerncomponent.

Kortom, in traditioneel psychometrische zin is er sprake van een betere betrouwbaarheid van de schaal als de interne consistentie hoog is. In praktische zin kan een schaal voldoende betrouwbaar zijn als de interne consistentie en daarmee ook de redundantie niet zo hoog is. Ook kan de interne consistentie laag zijn in verband met een additief karakter van de schaal (Streiner, 2003). De totaalscore van de items moet wel voldoende¹⁶ samenhang vertonen met de score op de achterliggende kerncomponent. In deze studie zullen we zowel naar de interne consistentie van de schalen kijken als naar de samenhang tussen de vaardigheden en het Kerncomponent.

Zelfbeoordeling versus beoordeling door een ander

De vragenlijst Kerncomponenten is niet primair ontwikkeld als onderzoeksinstrument, maar veeleer als een hulpmiddel in de alledaagse praktijk. Het instrument moet een inschatting kunnen geven van sterke en zwakke punten van een hulpverlener ten aanzien van de uitvoering van de methodiek. Deze inschatting geeft richting aan welke aanvullende training de hulpverlener het beste kan volgen en geeft input voor de dagelijkse supervisie door leidinggevend en gedragswetenschappers.

In psychometrische zin zou de meest objectieve inschatting van de competenties van hulpverleners door observatie door een onafhankelijke observator gedaan moeten worden. Bij de ontwikkeling van de vragenlijst is er echter doelbewust voor gekozen uit te gaan van zelfbeoordeling en beoordeling door supervisors. Dat vloeide voort uit een aantal eisen die de

¹⁶ We hanteren als norm dat de correlatie tussen de somscore op de vaardigheden-items en de achterliggende kerncomponent redelijk is ($r > .40$).

betrokkenen stelden.

De vragenlijst moest ten eerste inzichtelijk maken welke sterke kanten en trainingsbehoeften er waren bij hulpverleners. Leidinggevend en gedragswetenschappers wilden nadrukkelijk niet dat het instrument alleen voor onderzoeksdoeleinden gebruikt zou worden. De vragenlijst mocht ook geen instrument zijn waarmee ‘over het hoofd’ van de hulpverlener besloten werd over zijn of haar competenties. Het instrument moest geschikt zijn om de competenties samen met de hulpverlener te bepalen. Ten derde moest het instrument een hulpmiddel zijn aan de hand waarvan leidinggevend en gedragswetenschappers in gesprek konden gaan met hulpverleners. Daar komt nog bij dat het van groot belang is dat hulpverleners eigen competenties en incompetenties onderkennen in de dagelijkse praktijk. Te verwachten is dat hulpverleners beter gemotiveerd zullen zijn voor training en supervisie op ‘zwakke punten’ als zij deze zwaktes zelf onderkennen. Daarbij is nodig dat niet-zelfonderkende zwakheden van de hulpverlener door anderen te signaleren zijn. Om deze redenen is er een versie van de vragenlijst gemaakt voor 1) hulpverleners en 2) leidinggevend en gedragswetenschappers.

Deze perspectieven van supervisors op de vaardigheden van hulpverleners zijn aanvullend op die van de hulpverlener zelf. De supervisors van de hulpverleners zullen hun oordeel gedeeltelijk baseren op wat hulpverleners vertellen in begeleidingsgesprekken. Anderzijds hebben leidinggevend en gedragswetenschappers voor een belangrijk deel ook zelf zicht op gedrag van ‘hun’ hulpverleners, door gesprekken die zij gezamenlijk voeren met cliënten en door gedrag van hulpverleners dat niet direct cliëntgebonden is. In de Vragenlijst Kerncomponenten staan voldoende items die door supervisors dagelijks geobserveerd kunnen worden (bijvoorbeeld standaardlijsten afnemen, SMART doelen stellen, omgaan met crises etc.).

Dit alles bij elkaar genomen is er voor gekozen om het instrument door drie personen in te laten vullen. De hulpverlener beoordeelt zichzelf en de leidinggevend en gedragswetenschappers beoordelen de hulpverlener. Vervolgens vindt er een gesprek plaats vindt tussen deze drie personen. Op basis van het gesprek – en dus niet uitsluitend op basis van de vragenlijst – wordt bepaald op welke aspecten hulpverleners nog training moeten volgen en voor welke aspecten tijdens werkbegeleiding extra aandacht nodig is.

Validiteit: interne versus externe validiteit

Onderzoek van de validiteit van de vragenlijst Kerncomponenten vindt in het bereik van deze studie alleen plaats binnen de organisatie Jeugdformaat en ook binnen het instrument.

Er is door de opzet van de studie geen externe toets mogelijk met behulp van andere organisaties of met andere instrumenten.

De validiteit die in dit hoofdstuk aan de orde komt is de constructvaliditeit. Er wordt onderzocht of de elf verschillende kerncomponenten kunnen worden beschouwd als met elkaar samenhangende aspecten van één begrip, te weten competenties van hulpverleners.

Voor de studie bij Jeugdformaat is het uitermate belangrijk dat de Kerncomponenten en de bijbehorende vragenlijsten uiteengezet worden in termen die voor de betrokken hulpverleners, leidinggevend en gedragswetenschappers herkend en gedeeld worden. Deze aspecten komen terug in begeleidingsgesprekken en herinneren hulpverleners op die manier aan het getrouw uitvoeren van de methodiek.

Door ontwikkeling van de Kerncomponenten binnen de organisatie en daarop volgend de inspraak van betrokkenen over de bijbehorende vaardigheden is het streven de interne indrukvaliditeit (*face validity*) en inhoudsvaliditeit hoog te laten zijn. De concurrente validiteit, waarbij de mate waarin de oordelen van hulpverleners en supervisors overeenkomen met bijvoorbeeld observatiedata wordt in deze studie niet onderzocht.

Samenvattend zal de psychometrische kwaliteit van het instrument in dit onderzoek met behulp van de volgende aspecten onderzocht worden:

1. *de interne consistentie van de vaardigheden*
2. *de samenhang tussen de vaardigheden met de bijbehorende kerncomponent*
3. *de overeenstemming tussen informanten*
4. *de mate waarin de elf kerncomponenten gezamenlijk één dimensie vormen*

7.2 Methode

7.2.1 Procedure

De regie bij het afnemen van de vragenlijst Kerncomponenten bij Jeugdformaat lag bij de leidinggevende van de teams. Het instrument werd in eerste instantie benut voor de praktijk (voor inschatting van trainingsbehoeften van hulpverleners) en werd secundair benut voor onderzoek. De leidinggevendenden van de teams hebben met elkaar afgesproken een periode van drie maanden te nemen voor het invullen van de vragenlijsten. Leidinggevendenden hadden deze periode nodig, omdat alle informanten zowel het invullen als het bespreken van de vragenlijsten moesten inpassen in bestaande, volle agenda's. Leidinggevendenden zouden zorg dragen voor de verzameling van de instrumenten in hun eigen team en deze overdragen aan de onderzoeker.

De vragenlijsten voor hulpverleners en voor leidinggevendenden/gedragwetenschappers zijn in mei 2008 digitaal geleverd aan alle leidinggevendenden. Zij zorgden voor verdere verspreiding binnen het team. Van mei tot en met juli 2008 zijn de vragenlijsten ingevuld en vonden de gesprekken tussen hulpverleners en leidinggevendenden/gedragwetenschappers plaats. Onderzoeker heeft vanaf begin juli contact opgenomen met alle leidinggevendenden voor de verzameling van de instrumenten en afspraken gemaakt over retournering. In juli en augustus 2008 zijn de vragenlijsten door leidinggevendenden geretourneerd of opgehaald door de onderzoeker op de locatie van het ambulante team.

7.2.2 Steekproef

De gehele populatie, de afdeling ambulante hulp van Jeugdformaat, bestond uit 8 teams met in totaal 116 hulpverleners. Het streven was om voor alle hulpverleners die langer dan 3 maanden in dienst waren ($n=95$) de vragenlijst in te laten vullen door zowel ambulant hulpverlener (AH), leidinggevende (LG) als gedragwetenschapper (GW).

Uiteindelijk is er van een selecte groep beschikking over de vragenlijsten. In tabel 7.2 is te zien dat er in totaal over 43 hulpverleners (45%) een vragenlijst is ingevuld. Voor die 43 hulpverleners is er 31 keer een set van drie vragenlijsten (AH, LG en GW), 7 keer een set van twee vragenlijsten (4 maal door AH en LG, 3 maal door LG en GW) en 5 keer één vragenlijst (door GW). Hulpverleners hebben voor 37% ($n=35$) een lijst ingevuld over zichzelf, leidinggevendenden over 40% ($n=38$) van de hulpverleners en gedragwetenschappers over 41% ($n=39$) van de hulpverleners.

Tabel 7.2. Beschrijving respons op vragenlijsten door respondenten (n=95)

Ingevulde vragenlijsten	Non-respons n	Respons n
Over ambulant hulpverleners ingevuld	52	43
<i>Door drie respondenten ingevuld</i>		31
<i>Door twee respondenten ingevuld</i>		7
<i>Door één respondent ingevuld</i>		5
<i>Reden non-respons</i>		
- <i>ander werk intern/extern</i>	15	
- <i>ziekte/verlof</i>	5	
- <i>team deed niet mee</i>	16	
- <i>vragenlijsten team weg</i>	13	
- <i>reden onbekend</i>	3	
Door ambulant hulpverleners ingevuld	60	35
Door leidinggevendenden ingevuld	57	38
Door gedragwetenschappers ingevuld	56	39

7.2.3 Onderzoek naar de non-respons

De hoge mate waarin vragenlijsten over ambulant hulpverleners ontbreken (non-respons $n=52$, 55%) vormde aanleiding voor nader onderzoek. De non-respons heeft oorzaken op hulpverlener- en teamniveau. Op hulpverlenerniveau wordt 29% van de non-respons verklaard door hulpverleners die ander werk gingen doen, binnen of buiten de organisatie. Daarnaast was 10% van de hulpverleners ten tijde van het invullen van de vragenlijsten ziek of met verlof. Een groot deel van de non-respons (31%) wordt echter verklaard doordat twee teams niet hebben meegedaan, omdat de leidinggevende afwezig was wegens ziekte of net begonnen was bij het team. Daarnaast heeft één leidinggevende de vragenlijsten van het complete team weggegooid na afloop van het gesprek, omdat voor de leidinggevende niet duidelijk was dat het materiaal nog gebruikt zou worden voor onderzoek. Dit verklaart nog eens 25% van de non-respons. Tot slot is voor 6% onbekend waarom de vragenlijsten niet zijn ingevuld.

De indruk bestaat dat de non-respons gedeeltelijk bestaat uit ‘*random missings*’, dit zijn hulpverleners die ander werk kregen of ziek werden. Voor een ander deel van de non-respons geldt dat het een systematische fout op teamniveau betreft. Ruim de helft van de non-respons wordt verklaard door teamfactoren. Dit hoeft echter niet te betekenen dat het om systematische missings gaat waar het de hulpverleners betreft. Er is geen aanleiding om te verwachten dat de hulpverleners in deze teams meer of minder competent zijn dan

hulpverleners in andere teams. De competenties van deze hulpverleners zijn simpelweg niet gemeten of zijn wel gemeten maar de gegevens zijn niet bewaard. Wanneer de uitkomsten van de vragenlijst verder benut gaan worden voor onderzoek (zie hoofdstuk 8), zal er aandacht zijn voor de mate waarin de hulpverleners in deze teams verschillen van andere teams (bijvoorbeeld in hun houding ten opzichte van de methodiek of de wijze van uitvoeren van de methodiek)¹⁷.

Wanneer de lijst is ingevuld, is er op itemniveau ook geregeld sprake van ontbrekende gegevens. Zo komt het voor dat er over een respondent wel scores zijn voor de elf kerncomponenten, maar dat de concrete vaardigheden niet zijn ingevuld. Of andersom: de concrete vaardigheden zijn wel ingevuld, maar de score voor het kerncomponent niet. In de resultatensectie zal steeds aangegeven worden over hoeveel vragenlijsten er gerapporteerd is. In totaal bestaat de steekproef waarover gerapporteerd is uit 43 hulpverleners, waarvan 88% vrouwen. De hulpverleners hebben een gemiddelde leeftijd van 36,5 jaar ($sd=8,8$). De grootste groep (80%) heeft een HBO opleiding gevolgd en gemiddeld hebben zij 11,2 jaar ($sd=8,7$) ervaring in de jeugdzorg, waarvan 5,0 jaar ($sd=4,7$) in het ambulante werk.

7.2.4 Instrument

Per kerncomponent wordt een algemene score tussen de 0 en 100 gegeven, door middel van het plaatsen van een streep op een balk. De linkerkant van de balk staat voor *'het lukt me niet goed'*, de rechterkant van de balk staat voor *'het lukt me zeer goed'*. Elk kerncomponent is verder geoperationaliseerd in 5 concrete vaardigheden. Voor de concrete vaardigheden wordt door middel van een kruis aangegeven of dit een *zwak* of *sterke punt* van de hulpverlener is. De kerncomponenten en bijbehorende concrete vaardigheden staan weergegeven in tabel 7.1.

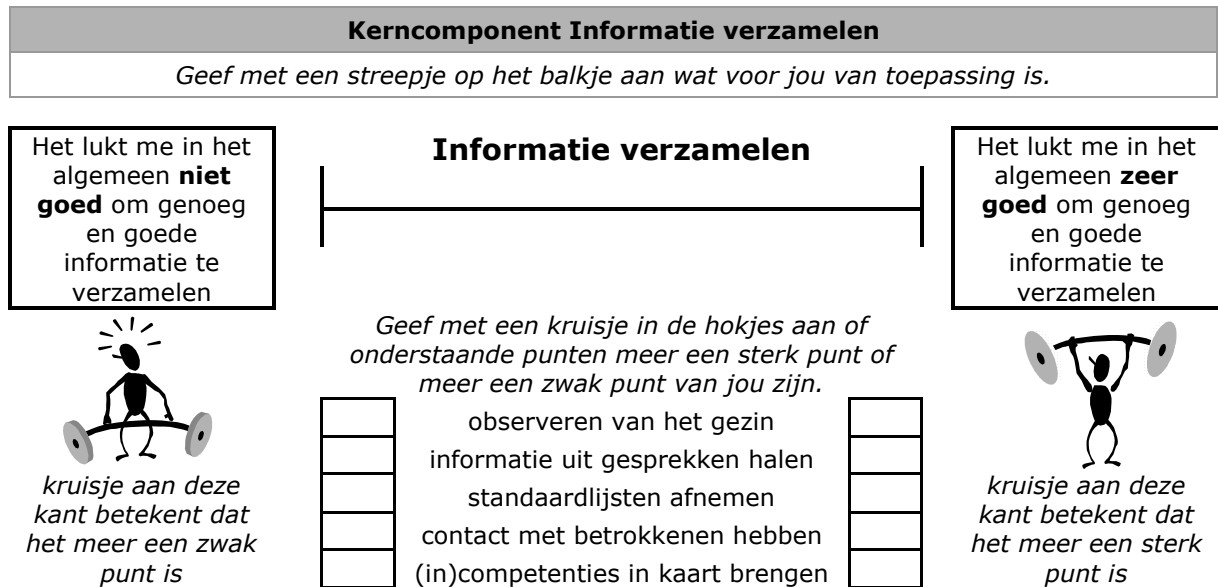
Het meten met behulp van een visueel analoge schaal is gebaseerd op de Outcome Rating Scale (Miller et al., 2003) en de Session Rating Scale (Duncan et al., 2003). Uit divers onderzoek naar bijvoorbeeld pijnmanagement, cliënttevredenheid en psycho-educatie komt naar voren dat korte visueel analoge schalen betrouwbare en valide kunnen meten (Duncan et al., 2003). Voor zover bekend is deze meetmethode niet eerder benut voor het meten van competenties in de jeugdzorg.

In figuur 7.1 staat een voorbeeld van een item uit de vragenlijst. Het gaat over

¹⁷ In hoofdstuk 8 zal blijken dat de hulpverleners waarvan wel gegevens beschikbaar zijn niet betekenisvol verschillen van hulpverleners waarvan gegevens over competenties ontbreken.

kerncomponent *informatie verzamelen*. De vijf concrete vaardigheden die erbij horen zijn *observeren van het gezin, informatie uit gesprekken halen, standaardlijsten afnemen, contact met betrokkenen hebben en (in)competenties in kaart brengen*.

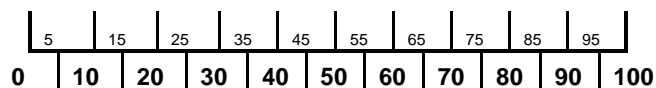
Figuur 7.1. Voorbeeld item 'informatie verzamelen' uit de Vragenlijst Kerncomponenten



7.2.5 Dataverwerking

De scores van de kerncomponenten zijn handmatig berekend met behulp van een liniaal (score van 0 tot 100), zie figuur 7.2. De concrete vaardigheden zijn gescoord met 0 voor zwak punt en 1 voor sterk punt. Per kerncomponent is de som van de vaardigheden uitgerekend (score tussen 0 en 5) en er is een totaalscore voor alle elf kerncomponenten berekend (score tussen 0 en 1100).

Figuur 7.2. Liniaal voor het uitrekenen van schaalscores op de kerncomponenten



7.2.6 Data-analyse

De scores op de vragenlijst zijn met behulp van boxplots gecontroleerd op uitschieters. Er zijn een aantal opvallend lage scores gevonden, maar deze scores bleven binnen de normale range. Deze waarden zijn daarom meegenomen in het onderzoek. De scores op de

Vragenlijst Kerncomponenten zijn bij benadering normaal verdeeld.

Data-analyse vond plaats met behulp van SPSS 16.0. Ten eerste is de interne consistentie van de vragenlijst onderzocht met behulp van Cronbach's alpha¹⁸. Ten tweede is bekeken of er samenhang is tussen de concrete vaardigheden en de kerncomponenten, met behulp van Pearsons correlatiecoëfficiënt¹⁹ en regressieanalyse. Ten derde is de overeenstemming tussen verschillende informanten onderzocht met behulp van de intraclasscorrelatie voor absolute overeenstemming²⁰. Tot slot is onderzocht in hoeverre de elf kerncomponenten te definiëren zijn als één dimensie ofwel schaal, door Principale Componenten Analyse uit te voeren²¹.

¹⁸ Er wordt gesproken van een lage interne consistentie bij Cronbach's alpha tot .40; matig van .41 tot .60, redelijk van .61 tot .80 en hoog van .81 en hoger.

¹⁹ Er wordt gesproken van een geringe correlatie tot .30, van een matige correlatie van .31 tot .50, redelijk van .51 tot .70 en hoog van .71 of hoger

²⁰ Er wordt gesproken van een lage overeenstemming bij een ICC van -1.00 tot .30; matig van .31 tot .50; redelijk van .51 tot .70 en hoog van .71 of hoger.

²¹ Er wordt gesproken van één dimensie wanneer de factorlading van variabelen minimaal .40 is.

7.3 Resultaten

7.3.1 Interne consistentie

In tabel 7.3 staat de interne consistentie van de elf kerncomponenten en van de scores op concrete vaardigheden weergegeven. De interne consistentie van de elf kerncomponenten is bij de versie voor hulpverleners, leidinggevend en gedragswetenschappers goed (Cronbach's alpha respectievelijk .89, .90 en .94). De interne consistentie van de scores op de concrete vaardigheden varieert over de verschillende kerncomponenten en de verschillende informanten van slecht ($\alpha=.02$) tot redelijk ($\alpha = .73$).

Tabel 7.3. *Interne consistentie van kerncomponenten en concrete vaardigheden*

	aantal items	AH		LG		GW	
		n	α	n	α	n	α
Kerncomponenten	11	26	.89	21	.90	22	.94
Concrete vaardigheden:							
- Informatie verzamelen	5	27	.25	25	.18	33	.43
- Analyseren	5	29	.42	26	.53	32	.62
- Doelen stellen	5	28	.14	27	.04	30	.38
- Werkrelatie opbouwen	5	28	.21	25	.43	31	.56
- Succesmomenten vieren	5	27	.46	26	.61	28	.25
- Gestructureerd werken	5	27	.09	24	.27	26	.34
- Regie voeren	5	28	.02	26	.39	28	.35
- Gesprekstechnieken	5	26	.57	24	.52	28	.57
- Netwerk betrekken	5	27	.73	25	.63	28	.49
- Tot verandering komen	5	28	.30	23	.47	25	.46
- Reflecteren	5	30	.45	29	.27	29	.07

Noot α = Cronbach's alpha ;

AH= ambulante hulpverlener; LG= leidinggevende; GW= gedragswetenschapper

7.3.2 Samenhang kerncomponenten en vaardigheden

In tabel 7.4 zijn de correlaties aangegeven tussen de algemene scores op het kerncomponent (de score tussen 0 en 100 op het balkje) en de som van de concrete vaardigheden (de score tussen 0 en 5 van de kruisjes bij *zwak* of *sterk punt*). In deze tabel is af te lezen dat deze Pearson's correlaties redelijk ($r=.52$) tot hoog ($r=.87$) en significant ($p<.05$) zijn, met uitzondering van het kerncomponent *werkrelatie opbouwen* bij hulpverleners, *doelen stellen* bij leidinggevend en *succesmomenten vieren* in de versie van de gedragswetenschapper.

De som van de concrete vaardigheden verklaart volgens de tabel bij ambulante hulpverleners

tussen de 17% en 76% van de variantie in de score van de kerncomponent (R^2 varieert van .17 tot .76), gemiddeld over de elf kerncomponenten is dit 49%. Bij leidinggevend en ligt dit tussen de 10% en 68% met een gemiddelde van 51% en bij gedragswetenschappers tussen de 8% en 72% met een gemiddelde van 42%.

Tabel 7.4. *Enkelvoudige regressieanalyse: voorspellende waarde van de concrete vaardigheden op de score van de kerncomponent, per informant*

Voorspellers	AH			LG			GW		
	R	R ²	F	R	R ²	F	R	R ²	F
Concrete vaardigheden:									
- Informatie verzamelen	.62	.38	10.42**	.78	.62	23.53**	.58	.34	11.68**
- Analyseren	.69	.48	17.66**	.61	.37	8.72*	.74	.54	25.86**
- Doelen stellen	.57	.32	9.07**	.31	.10	1.82	.61	.38	12.14**
- Werkrelatie opbouwen	.41	.17	3.70~	.60	.36	8.56*	.54	.29	8.76**
- Succesmomenten vieren	.78	.61	28.65**	.78	.61	25.29**	.29	.08	1.68
- Gestructureerd werken	.61	.37	11.37**	.83	.68	32.16**	.69	.48	16.40**
- Regie voeren	.75	.56	24.22**	.81	.66	33.32**	.85	.72	48.34**
- Gesprekstechnieken	.71	.51	19.78**	.54	.29	6.85*	.68	.46	17.81**
- Netwerk betrekken	.87	.76	54.86**	.80	.65	25.52**	.67	.45	14.95**
- Tot verandering komen	.79	.62	33.12**	.82	.67	28.25**	.78	.61	25.32**
- Reflecteren	.79	.63	35.06**	.75	.57	25.93**	.52	.27	7.04*

Noot ** p < .01; * p < .05; ~ p < .10

AH= ambulante hulpverlener; LG= leidinggevende; GW= gedragswetenschapper

7.3.3 Overeenstemming tussen informanten

Hulpverleners hebben een vragenlijst ingevuld over de eigen competenties op de elf kerncomponenten en bijbehorende vaardigheden. Leidinggevend en en gedragswetenschappers hebben vragenlijsten over de hulpverlener ingevuld.

In tabel 7.5 staan in de eerste kolom met cijfers de intraclasscorrelaties voor absolute overeenstemming tussen de drie informantparen op de verschillende kerncomponenten. Deze zijn, met uitzondering van *gestructureerd werken*, allen significant ($p < .05$) en variëren tussen de .23 en .54. In de tabel staan ook de intraclasscorrelaties tussen de verschillende informantparen: ambulante hulpverleners & leidinggevend en, hulpverleners & gedragswetenschappers en leidinggevend en & gedragswetenschappers. Deze vergelijking tussen informantparen laat zien dat de mate van overeenstemming tussen informanten verschilt per kerncomponent. Voor *informatie verzamelen* is de overeenstemming tussen leidinggevend en en gedragswetenschappers bijvoorbeeld hoog, terwijl in de paren met ambulante hulpverleners deze intraclasscorrelatie laag is. Voor *gestructureerd werken* geldt dat ambulante

hulpverleners een redelijke overeenstemming hebben met zowel leidinggevendenden als met gedragswetenschappers, terwijl leidinggevendenden en gedragswetenschappers daar onderling weinig overeenstemming over hebben.

Tabel 7.5. *Intraclasscorrelatie van score op kerncomponenten tussen de informanten*

	AH-LG-GW		AH-LG		AH-GW		LG-GW	
	<i>n</i>	ICC	<i>n</i>	ICC	<i>n</i>	ICC	<i>n</i>	ICC
Informatie verzamelen	21	.38**	26	.13	21	.16	24	.80**
Analyseren	21	.29**	25	.23~	21	.17	24	.38*
Doelen stellen	19	.27*	26	.35*	20	.04	22	.31~
Werkrelatie opbouwen	21	.37**	26	.13	21	.31*	24	.60**
Succesmomenten vieren	17	.67**	23	.57**	19	.64**	20	.64**
Gestructureerd werken	18	.23~	24	.34*	21	.40*	21	.16
Regie voeren	21	.43**	25	.11	21	.23	24	.86**
Gesprekstechnieken	21	.45**	25	.44*	21	.26	24	.50**
Netwerk betrekken	19	.34**	22	.44*	19	.12	21	.59**
Tot verandering komen	18	.36**	26	.40*	19	.31~	21	.44*
Reflecteren	22	.52**	27	.56**	22	.34~	24	.52**

Noot ** $p < .01$; * $p < .05$; ~ $p < .10$ ICC= Intraclasscorrelatie;

AH= ambulant hulpverlener; LG= leidinggevende; GW= gedragswetenschapper

Tabel 7.6. *Principale componenten analyse voor elf kerncomponenten op 1 dimensie*

Kerncomponenten	AH	LG	GW
	factorlading	factorlading	factorlading
Informatie verzamelen	.83	.73	.85
Analyseren	.80	.84	.79
Doelen stellen	.68	.57	.65
Werkrelatie opbouwen	.85	.86	.88
Succesmomenten vieren	.84	.72	.69
Gestructureerd werken	.62	.63	.68
Regie voeren	.50	.76	.87
Gesprekstechnieken	.67	.87	.88
Netwerk betrekken	.48	.65	.76
Tot verandering komen	.82	.70	.85
Reflecteren	.66	.59	.72
Eigenwaarde	5.62	5.81	6.84
% verklaarde variantie	51.13	52.78	62.21

Noot ** $p < .01$; * $p < .05$; ~ $p < .10$

AH= ambulant hulpverlener; LG= leidinggevende; GW= gedragswetenschapper

7.3.4 Dimensionaliteit

Voor alle drie de informanten geldt dat de scores op de elf kerncomponenten voldoende hoog laden op één dimensie, zie tabel 7.6.

De factorladingen variëren voor ambulant hulpverleners van .48 tot .85; voor leidinggevenden van .57 tot .87 en voor gedragswetenschappers van .59 tot .88. Deze dimensie – te weten *competenties van hulpverleners* – verklaart bij de versie voor ambulant hulpverleners 51% van de variantie, bij leidinggevenden 53% en bij gedragswetenschappers 62%.

7.4 Discussie

Deze studie naar de Vragenlijst Kerncomponenten richtte zich op de betrouwbaarheid en validiteit van het instrument. Dit is onderzocht met behulp van de interne consistentie van de totaalschaal en van de elf combinaties van concrete vaardigheden; daarnaast door de samenhang tussen de concrete vaardigheden en de kerncomponenten te analyseren, de overeenstemming tussen verschillende informanten te onderzoeken, en te bekijken in hoeverre de elf kerncomponenten te definiëren zijn als één schaal.

Uit deze studie concluderen we ten eerste dat de competenties van hulpverleners betrokken bij de Methodiek Ambulant van Jeugdformaat betrouwbaar en valide gemeten kunnen worden met behulp van de totaalschaal. De interne consistentie van de elf kerncomponenten in de vragenlijst is voor alle informanten hoog. Daarnaast hebben we laten zien dat de elf kerncomponenten samen één dimensie vormen. De vijf concrete vaardigheden per kerncomponent blijken goede voorspellers voor de mate waarin een hulpverlener competent is in één van de bijbehorende elf kerncomponenten.

Ten tweede moeten we concluderen dat de interne consistentie van de somscores op de concrete vaardigheden, behorend bij de kerncomponenten, varieert van slecht tot redelijk. Analyses hebben laten zien dat er een redelijke tot hoge samenhang is tussen de scores op de concrete vaardigheden en de score op het kerncomponent. Het laat zien dat deze concrete vaardigheden niet-redundant worden gemeten en/of niet zozeer een schaal vormen met elkaar, maar meer een additieve index zijn (Steiner, 2003). Dit betekent dat sterk zijn op de ene vaardigheid niet zonder meer samengaat met sterk zijn op de andere vaardigheid. Alle vaardigheden samen dragen wel bij aan de achterliggende variabele: de competentie op een kerncomponent uit de methodiek. Een lage interne consistentie is in dit geval geen aanwijzing voor een slechte schaal, integendeel: de verschillende items meten verschillende aspecten van de bijbehorende competentie en vormen een goede aanvulling op elkaar. Voor de praktijk zijn de subschalen betekenisvol, in verdere analyses wordt gebruik gemaakt van de totaalschaal.

Ten derde kan geconcludeerd worden dat het bij de teams van Jeugdformaat een meerwaarde heeft om de Vragenlijst Kerncomponenten door meerdere informanten te laten invullen. Uit

analyses van de intraclasscorrelaties komt naar voren dat er over het algemeen weliswaar een redelijke mate van overeenstemming is tussen de drie informanten, maar dat op een aantal kerncomponenten deze overeenstemming tussen paren van informanten niet hoog is. Ambulant hulpverleners, leidinggevend en gedragswetenschappers zijn het niet altijd eens over de competenties van hulpverleners. Een verklaring hiervoor kan zijn dat ambulant hulpverleners bij Jeugdformaat sommige kerncomponenten vaker of meer met de leidinggevend zullen bespreken en andere kerncomponenten met de gedragswetenschapper. Hierdoor hebben leidinggevend en gedragswetenschappers ieder zicht op andere aspecten van de hulpverlener. Hoe dan ook blijkt de beoordeling door de supervisors een zinvolle aanvulling op de zelfbeoordeling: zij hebben geregeld een andere perceptie dan de hulpverlener. Dat levert voldoende gesprekstof op.

Een belangrijke beperking van dit onderzoek is de zeer lage respons in de onderzoeksgroep. Uiteindelijk zijn de analyses gebaseerd op 45% van alle ambulant hulpverleners en zijn er voor die 45% van de hulpverleners ook niet altijd volledige gegevens beschikbaar, door missende informanten of missende items binnen de vragenlijst. Dit zorgt er voor dat de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Een tweede beperking van de studie is dat het onderzoek in zijn geheel bij Jeugdformaat heeft plaatsgevonden. De methodiek waarop de kerncomponenten gebaseerd zijn, is bij Jeugdformaat ontwikkeld. De kerncomponenten zijn bij Jeugdformaat geformuleerd en de vragenlijst is bij Jeugdformaat ontwikkeld, afgenomen en geanalyseerd. Verder onderzoek bij andere organisaties zou moeten uitwijzen of de Vragenlijst Kerncomponenten ook in andere situaties een betrouwbare en valide vragenlijst blijkt.

De uitkomsten zijn voornamelijk gebaseerd op zelfbeoordeling en op observaties van de supervisors, dit was een keuze op basis van eisen uit de praktijk en het doel van het instrument. Dit brengt echter de beperking met zich mee dat het instrument percepties in beeld brengt, geen feitelijke gedragingen. Het uitvoeren van observaties of het filmen van hulpverleners was binnen Jeugdformaat onuitvoerbaar, maar zou voor vervolgonderzoek een goede manier zijn om de validiteit van de Vragenlijst Kerncomponenten verder te onderzoeken. Uit dit onderzoek is gebleken dat de verschillende percepties elkaar nuttig aanvullen.

Tot slot lag de regie voor de ontwikkeling, afname en dataverzameling van het instrument bij de praktijk en niet bij onderzoek. Zo was de wens van de organisatie om alle ambulant

hulpverleners te betrekken bij het onderzoek, terwijl uiteindelijk bleek dat deze groep slechts beperkt bereikbaar was (vanwege ziekte, zwangerschap, functiewisseling). Verder had de onderzoeker geen regie over de afname en registratie van de vragenlijsten. Pas nadat de leidinggevenden alle hulpverleners hadden gesproken, kwamen de vragenlijsten beschikbaar voor onderzoek. Voor onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van het instrument was het verstandiger om een streekproef te trekken met inclusiecriteria voor hulpverleners (niet ziek, zwanger, geen ander werk gaan doen) en voor leidinggevenden (niet ziek, al enige tijd leidinggevende van het team) en met duidelijke afspraken over de periode van invullen en de registratie van gegevens.

Ondanks de beperking van een lage respons in een specifieke onderzoeksgroep die over zichzelf rapporteerde is de Vragenlijst Kerncomponenten een veelbelovende vragenlijst om verder te onderzoeken in een bredere context. In deze studie heeft de vragenlijst laten zien op conceptueel sterke manier de competenties van hulpverleners in kaart te brengen op belangrijke elementen van de methodiek.

7.5 Samenvatting

De Vragenlijst Kerncomponenten is ontwikkeld om de competenties van ambulante hulpverleners inzichtelijk en bespreekbaar te maken. De vragenlijst wordt ingevuld door hulpverleners zelf en door hun leidinggevende en gedragswetenschapper, waarna vervolgens een gesprek plaatsvindt over de competenties.

De vragenlijst bestaat uit elf onderdelen, die verband houden met elf kerncomponenten van de methodiek. Bij elk onderdeel wordt de respondent gevraagd aan te geven hoe goed de hulpverlener is in het uitvoeren van deze kerncomponent en op vijf concrete vaardigheden aan te geven of dit een sterk of zwak punt is.

Onderzoek naar de vragenlijst die is ingevuld door verschillende informanten over 43 ambulante hulpverleners wijst ten eerste uit dat de totaalschaal – competenties van de hulpverlener – intern consistent is en dat de elf componenten samen één dimensie representeren. Ten tweede blijkt dat de concrete vaardigheden goede voorspellers zijn voor de competentie van de bijbehorende kerncomponent. Ten derde heeft het invullen door verschillende informanten een meerwaarde, omdat zij anders tegen verschillende kerncomponenten aankijken.

De onderzoeksgroep was beperkt en specifiek, verder onderzoek in een grotere en meer heterogene populatie zal moeten uitwijzen of het instrument breder inzetbaar is.

Voor de afdeling Ambulante Hulp bij Jeugdformaat is de Vragenlijst Kerncomponenten een conceptueel sterk instrument voor het meten van de competenties van hulpverleners. Voor andere afdelingen of organisaties is het een veelbelovend instrument.

Deel III Empirische toetsing

implementatie in enge en brede zin

Het doel van het onderzoek in dit proefschrift is factoren aan te wijzen, die leiden tot succesvolle en duurzame implementatie van nieuwe of vernieuwde interventies in de jeugdzorg. Daartoe is een studie verricht naar onderzoeksliteratuur en praktijkervaringen, zoals te lezen is in deel I. Verder is de implementatiemonitor ontwikkeld: een samenhangend geheel van instrumenten, dat behulpzaam kan zijn bij het verzamelen, analyseren en interpreteren van kwantitatieve gegevens over de implementatie van een interventie bij een organisatie. In deel II staat de implementatiemonitor beschreven. In het onderhavige deel wordt de implementatiemonitor benut voor empirisch onderzoek naar implementatie van interventies in de jeugdzorg.

De centrale vraag voor de studies in deel III is tweeledig: *Welke factoren blijken uit empirisch onderzoek van invloed op de implementatie van interventies in de jeugdzorg? En welke aanbevelingen kunnen uit dit onderzoek gedestilleerd worden ten behoeve van de implementatie van interventies?*

Om te komen tot beantwoording van de vragen zijn twee empirische studies uitgevoerd naar de implementatie van interventies in de jeugdzorg. Hoofdstuk 8 gaat over de studie bij Jeugdformaat, waarin de ingebruikname van een interventie voor ambulante hulp is onderzocht. Hierin worden allereerst de belangrijkste resultaten besproken als het gaat om de implementatie in enge en brede zin en de daarmee samenhangende factoren. Daarnaast wordt kort ingegaan op een externe validatie van de studie bij Jeugdformaat. In hoofdstuk 9 staat een studie beschreven naar de implementatie van de Deltamethode voor Gezinsvoogdij bij de Bureaus Jeugdzorg.

8 Jeugdformaat: implementatie in enge en brede zin

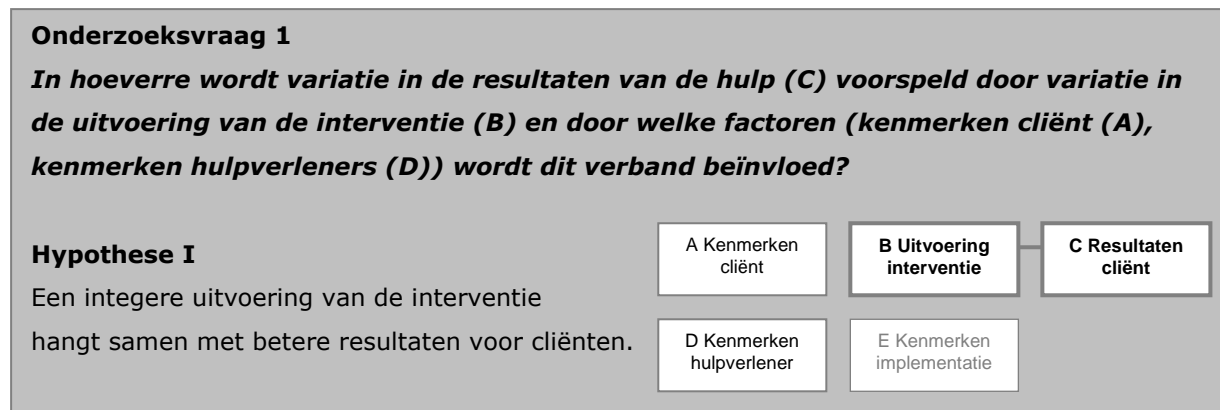
8.1 Inleiding

Doel van de studie in dit hoofdstuk is om het proces van implementeren en de daarbij werkzame factoren van de Methodiek Ambulante Hulp bij Jeugdformaat inzichtelijk te maken. De methodiek is gericht op hulpverlening aan gezinnen, waarbij sprake is van ontwikkelings- en/of opvoedingsproblematiek. In hoofdstuk 5 is reeds een beschrijving gegeven van de methodiek aan de hand van een ‘harde maat’ (een aantal indicatoren uit de methodiekbeschrijving) en een ‘zachte maat’ (elf kerncomponenten die de inhoud van de hulpverlening concretiseren). De methodiek wordt uitgevoerd om resultaten bij cliënten te behalen. De beoogde resultaten voor cliënten zijn het realiseren van hulpverleningsdoelen, afname van problemen, toename van competenties en tevredenheid.

In hoofdstuk 5 staat ook beschreven dat het implementatieplan om de methodiek bij acht teams te implementeren stelde op drie activiteiten: training van medewerkers, feedback door leidinggevenden en gedragswetenschappers en resultatenbesprekingen in de teams. In dit hoofdstuk zal duidelijk worden hoe de implementatie is verlopen en ook hoe de interventie is uitgevoerd en wat de resultaten bij cliënten zijn. Daarnaast zijn kenmerken van cliënten en hulpverleners in kaart gebracht, omdat die mogelijk van invloed zijn op de resultaten.

In figuur 5.1 in hoofdstuk 5 staat het implementatieproces van een specifieke interventie bij een specifieke organisatie schematisch weergegeven in een model, de *implementatiemonitor*. Behalve exploratief onderzoek naar de verschillende onderdelen van deze implementatiemonitor, zullen we in dit hoofdstuk een aantal onderdelen van het implementatieproces onderwerpen aan toetsend onderzoek. Figuur 8.1 tot en met 8.3 geven de onderzoeksvragen met bijbehorende hypothesen weer. Per vraag staat schematisch weergegeven op welk onderdeel van de implementatiemonitor deze vraag betrekking heeft.

Figuur 8.1 Onderzoeksvraag 1, hypothese I en schema implementatiemonitor



Met de hoofdvraag van de studie bij Jeugdformaat, onderzoeksvraag 1, wordt de relatie tussen de uitvoering van de interventie en de resultaten voor cliënten nader onderzocht.

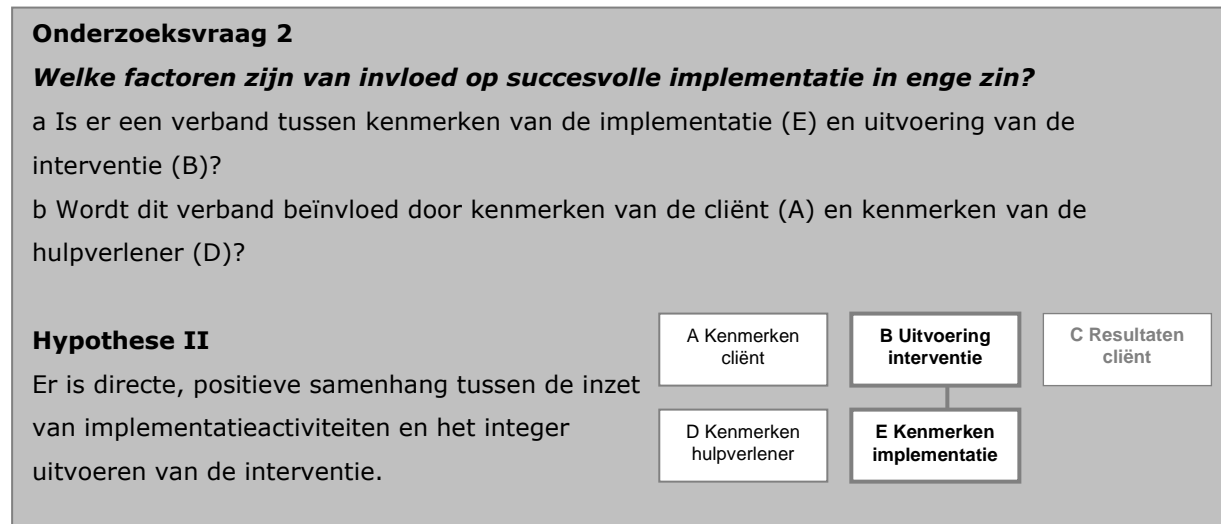
De hypothese bij onderzoeksvraag 1 is dat een integrale uitvoering van de Methodiek Ambulante Hulp tot betere resultaten bij de cliënt zal zorgen. Concreet betekent dit dat als hulpverleners de kerncomponenten uit de interventie – zoals doelen stellen met de cliënt, het netwerk van de cliënt betrekken bij de hulp – beter toepassen, dat resultaten voor cliënten – zoals doelrealisatie, probleemafname – beter zullen zijn.

Daarnaast is onze verwachting dat dit proces beïnvloed wordt door kenmerken van betrokken cliënten en hulpverleners. Alhoewel we hier geen specifieke hypothese over formuleren, hebben we wel een aantal verwachtingen. Wat betreft de kenmerken van cliënten verwachten we dat de *problematiek van cliënten* direct van invloed is op de uitvoering van de interventie en direct of indirect (via de uitvoering van de interventie) op de resultaten die geboekt worden bij cliënten. We verwachten dat het bij jeugdigen met meer problemen en ouders met minder competenties belangrijker is om de methodiek uit te voeren zoals deze bedoeld is. Het is daarmee ook meteen een moeilijker opgave in termen van implementatie: de hulpverlener moet zich des te meer houden aan de methodische principes. Daarnaast verwachten we dat de resultaten bij cliënten met meer problemen beter zijn dan bij cliënten met weinig problemen; er is immers meer verandering mogelijk.

Wat betreft de kenmerken van hulpverleners verwachten we dat de *veranderingsbereidheid* van hulpverleners en de *competenties* van hulpverleners in het methodisch werken direct of indirect (via de implementatie) van invloed zijn op de uitvoering van de interventie. We verwachten dat een lage bereidheid om te veranderen en lage competenties negatief van invloed zijn op het uitvoeren van de interventie en daarmee indirect ook negatief van invloed zijn op de resultaten voor cliënten.

Bovenstaande verwachtingen met betrekking tot de invloed van kenmerken van de cliënt en de hulpverlener gelden ook voor de deelvragen. De deelvragen, onderzoeksvraag 2 en 3, gaan specifiek in op de wijze van implementeren.

Figuur 8.2 *Onderzoeksvraag 2, hypothese II en schema implementatiemonitor*



Onderzoeksvraag 2 heeft als uitkomstmaat de implementatie in enge zin, ofwel een programma-integere uitvoering van de hulp. We richten ons primair op het verband tussen de uitvoering van de hulp en de wijze van implementeren (deelvraag 2a) en bekijken daarnaast de invloed van cliënten en hulpverleners (deelvraag 2b).

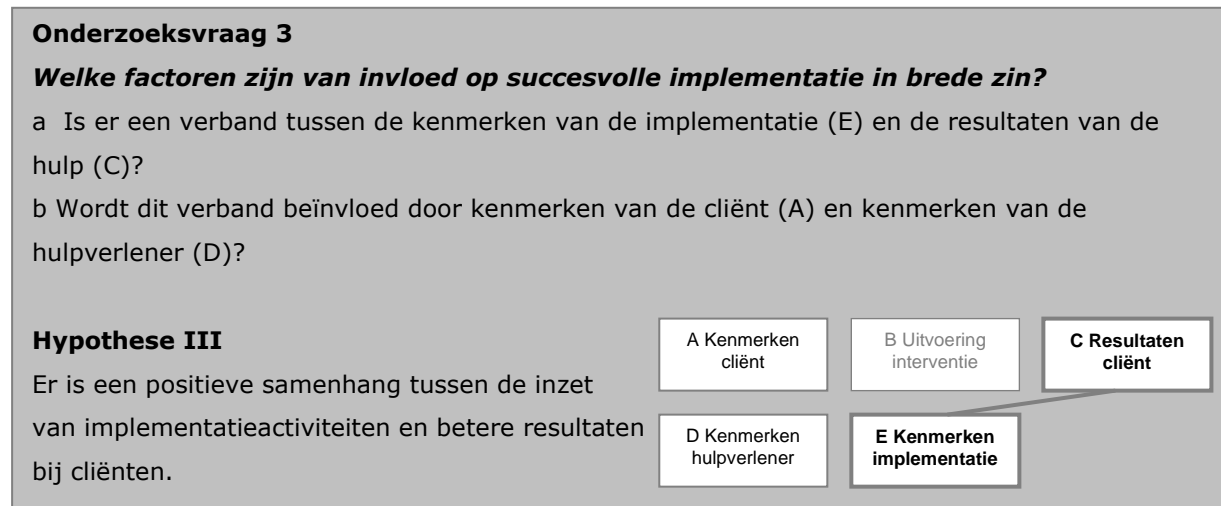
We verwachten dat de inzet van implementatieactiviteiten ervoor zorgt dat de interventie integer wordt uitgevoerd. In hypothese II is daarom gesteld dat er een directe, positieve samenhang is tussen implementatieactiviteiten en het integer uitvoeren van de interventie. Hoe beter de training, feedbackmomenten en resultatenbesprekingen, hoe meer hulpverleners de interventie uitvoeren zoals deze bedoeld is.

Aan de hand van onderzoeksvraag 3 onderzoeken we of de wijze van implementeren ook direct van invloed is op de implementatie in brede zin, ofwel de resultaten voor de cliënt (deelvraag 3a) en houden rekening met de invloed van cliënten en hulpverleners (deelvraag 3b).

Zoals in hoofdstuk 5 al staat beschreven, verwachten we dat de implementatie direct van invloed is op de uitvoering van de interventie door hulpverleners en dat die uitvoering vervolgens van invloed is op de resultaten voor cliënten. Aan de hand van deze derde onderzoeksvraag bekijken we of er ook een direct verband is tussen de implementatie en de

resultaten voor cliënten. We stellen hierbij hypothese III: er is een positieve samenhang tussen het implementeren en de resultaten voor de jeugdige en diens gezin. Hoe beter de training, feedbackmomenten en resultatenbesprekingen, hoe beter de doelen worden gerealiseerd, hoe meer problemafname, competentietoename en cliënttevredenheid.

Figuur 8.3 Onderzoeksvraag 3, hypothese III en schema implementatiemonitor

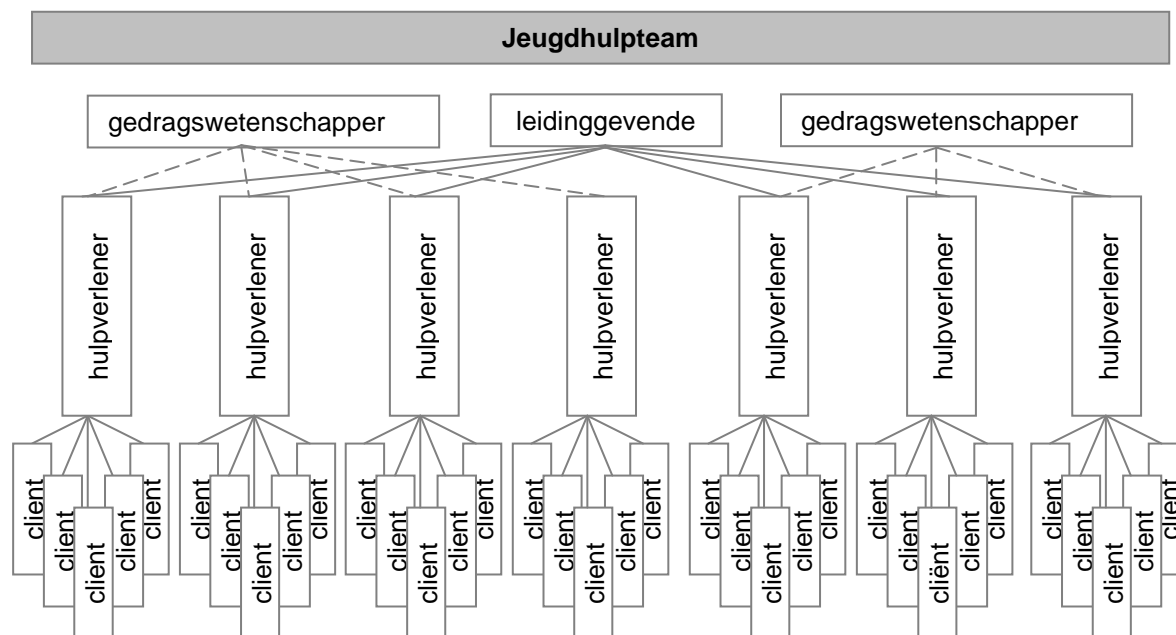


8.2 Methode

8.2.1 Participanten

In de studie participeerden acht *jeugdhulpteams* van waaruit *ambulant hulpverleners* hulp boden aan *cliënten*. Hulpverleners werden daarbij ondersteund door een *leidinggevende* en een aantal *gedragswetenschappers*. In figuur 8.4 staat een schematische weergave van alle participanten in één jeugdhulpteam, in totaal namen acht jeugdhulpteams deel aan het onderzoek.

Figuur 8.4 Schematisch weergave van participanten, per jeugdhulpteam



Jeugdhulpteams

De acht jeugdhulpteams uit de studie zijn gevestigd in Delft (1 team), Den Haag (5 teams), Voorburg (1 team) en Zoetermeer (1 team). Elk team bestond uit circa 15 ambulant hulpverleners die onder leiding stonden van één leidinggevende en consultatie en advies ontvingen van minstens twee gedragswetenschappers.

In deze studie is per team een selectie gemaakt van circa zeven ambulant hulpverleners, die langer dan een jaar in het jeugdhulpteam werkzaam waren. Zoals te zien is in de schematische weergave van participanten in figuur 8.4, is er per hulpverlener data verzameld over gemiddeld vijf cliënttrajecten en werden de hulpverleners ondersteund door een vaste leidinggevende en één of twee gedragswetenschappers.

Leidinggeevenden en gedragswetenschappers

In totaal zijn er 9 leidinggeevenden en 19 gedragswetenschappers betrokken geweest bij de studie. Bij één team was er een wisseling van leidinggeevenden, waardoor er in totaal 9 leidinggeevenden zijn van 8 jeugdhulpteams. Per team waren er over het algemeen 2 gedragswetenschappers betrokken bij de studie, bij één team waren er 5 gedragswetenschappers betrokken gedurende de studie. Dit had enerzijds te maken met de omvang van het team en anderzijds met personeelsverloop van de gedragswetenschappers in dat team.

Het grootste gedeelte van deze groep bestond uit vrouwen (82%). Er waren geen significante verschillen voor leeftijd en werkervaring tussen leidinggeevenden en gedragswetenschappers. De gemiddelde leeftijd was 37 jaar en leidinggeevenden en gedragswetenschappers hadden gemiddeld 11 jaar ervaring in de jeugdzorg, waarvan bijna 5 jaar in de ambulante hulp. Er was wel een significant verschil in opleiding. Alle leidinggeevenden hadden een HBO opleiding gevolgd, alle gedragswetenschappers hadden een wetenschappelijke opleiding gevolgd.

Ambulant hulpverleners

Aan de studie hebben 55 ambulant hulpverleners deelgenomen, waarvan 89% vrouwen en 11% mannen. Deze hulpverleners waren gemiddeld 34 jaar en hadden bij de start van het onderzoek ruim 7,5 jaar ervaring in de jeugdzorg, waarvan bijna 4 jaar als ambulant hulpverlener. De grootste groep (77%) heeft een HBO opleiding gevolgd. Ruim een kwart van de hulpverleners (27%) heeft een wetenschappelijke opleiding gevolgd en respectievelijk 17% en 10% van de hulpverleners hebben (daarnaast) een MBO of andere opleiding gevolgd. Deze onderzoeksgroep is representatief voor de groep ambulant hulpverleners bij Jeugdformaat. De totale groep ambulant hulpverleners ($n=116$) bij Jeugdformaat bestond voor 88% uit vrouwen en 12% uit mannen, de gemiddelde leeftijd was 35 jaar en allen hadden minimaal een HBO opleiding afgerond.

Cliënten

In totaal zijn 253 cliënttrajecten bestudeerd in de studie. Deze jeugdigen waren voor 57 % jongens en 43% meisjes en bij aanvang van de hulp tussen de 2 en 18 jaar oud, met een gemiddelde leeftijd van 10 jaar en 3 maanden ($m=10.25$; $sd= 4.01$)²². De culturele achtergrond van meer dan de helft van de jeugdigen is Nederlands (53%), de overige jeugdigen hebben

²² Deze onderzoeksgroep is qua sekse en leeftijd representatief voor de totale groep cliënten waarover deze gegevens verzameld zijn bij Jeugdformaat in 2009 ($n=2705$). Die groep bestond ook voor 57% uit jongens en 43% uit meisjes, zij hadden een gemiddelde leeftijd van 10 jaar en 3 maanden ($m=10.28$; $sd= 6.06$).

een Surinaamse (11%), Antilliaanse (5%), Turkse (4%) of Marrokaanse (3%) achtergrond. Voor 24% van de jeugdigen is de nationaliteit onbekend, omdat deze niet ingevuld is of in de categorie 'overig' van de gehanteerde vragenlijst viel. Van de 253 jeugdigen woont 49% in een gezin met twee ouders, tegenover 44% in een éénouder gezin, voor 8% is de gezinssituatie onbekend. De grootste groep jeugdigen (88%) woont thuis, een enkeling bij familie/vrienden of elders. De grootste groep (88%) gaat naar school als voornaamste dagbesteding. De hulpverlening aan de 253 jeugdigen is bij 12% in een gedwongen juridisch kader, de overige 88% van de jeugdigen krijgen hulpverlening op vrijwillige basis.

8.2.2 Procedure

In tabel 8.1 is te zien dat de dataverzameling voor de studie bij Jeugdformaat zich uitstrekt over twee jaren, 2008 en 2009. De Methodiek Ambulante Hulp is in april 2008 officieel geïntroduceerd als vernieuwde interventie voor ambulante hulp. De periode van januari tot april 2008 definiëren we als fase van *verspreiding*, april tot en met augustus 2008 als fase van *adoptie*. September tot en met november 2008 was de *invoeringsfase* en december 2008 tot en met december 2009 zien we als *borgingsfase*.

Gedurende alle fasen is informatie verzameld over de implementatieactiviteiten. In de fase van adoptie is informatie verzameld over betrokken hulpverleners. In de fase van invoering is voornamelijk informatie verzameld over de trainingen en over de feedback. In de fase van borging zijn gegevens verzameld bij aanvang (kenmerken cliënt) en einde van de hulp aan cliënten (resultaten cliënt). De interviews met hulpverleners over de uitvoering van de interventie hebben in het laatste half jaar plaatsgevonden, op het moment dat de hulpverleningstrajecten aan een cliënt waren afgesloten.

Tabel 8.1 Inzet van onderzoeksinstrumenten in de tijd en per fase van implementatie

Onderzoeksinstrumenten																						
Blok A: kenmerken cliënt																						
- digitaal dossier																						
- SDQ																						
- QuickSTEP																						
- NOSIK/PSAM																						
- Doelcode doelenboom																						
Blok B: uitvoering interventie																						
- digitaal dossier																						
- interview over traject																						
Blok C: resultaten cliënt																						
- GAS-score																						
- SDQ																						
- QuickSTEP																						
- PSAM																						
- Waarderingslijst																						
Blok D: kenmerken hulpverlener																						
- Vragenlijst implementatie																						
- DDQ																						
- Vragenlijst Kerncomponenten																						
Blok E: kenmerken implementatie																						
- Evaluatielijst trainingen																						
- Vragenlijst werkbegeleiding																						
- Vragenlijst consultatie																						
- Werkbegeleiding evaluatieschaal																						
- Consultatie evaluatieschaal																						
- Verzameling documenten																						
Fase van implementatie																						
	verspreiding	adoptie					invoering				borging											
	jan-april	Apr	Mei	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Jan	Feb	Mrt	Apr	Mei	Jun	Jul	aug	Sep	Okt	Nov	Dec
Jaar	2008										2009											

De selectie van jeugdhulpteams, ambulante hulpverleners en cliënten verliep stapsgewijs en pragmatisch. In eerste instantie zijn alle acht jeugdhulpteams en alle 130 ambulante hulpverleners betrokken bij het onderzoek, voor het verzamelen van gegevens over de hulpverleners en over de kenmerken van de implementatie. In tweede instantie is een selectie

gemaakt van 60 ambulante hulpverleners, waarbij beoogd werd om in totaal 300 cliënttrajecten te volgen. Inclusiecriteria voor deze 60 ambulante hulpverleners waren dat zij minimaal één jaar als ambulante hulpverlener werkten, dat zij niet zwanger of ziek waren en dat ze niet met een lange vakantie zouden gaan in de periode waarin interviews met hen gehouden zouden worden. Tot slot was het streven dat er van hen gegevens over veranderingsbereidheid en competenties aanwezig zouden zijn. Op deze wijze zijn er per jeugdhulpteam in het laatste kwartaal van 2008 zes tot acht hulpverleners geselecteerd. In totaal zijn uiteindelijk 57 hulpverleners geselecteerd, 3 minder dan de beoogde 60 hulpverleners. De 57 hulpverleners zijn op de hoogte gebracht dat zij geïnterviewd zouden worden over gemiddeld vijf cliënttrajecten.

Een hulpverleningstraject werd geïnccludeerd als deze volgens plan beëindigd was (er was geen sprake van voortijdige beëindiging) en als er bij het traject gegevens waren over problemen en/of competenties bij aanvang en einde van de hulp.

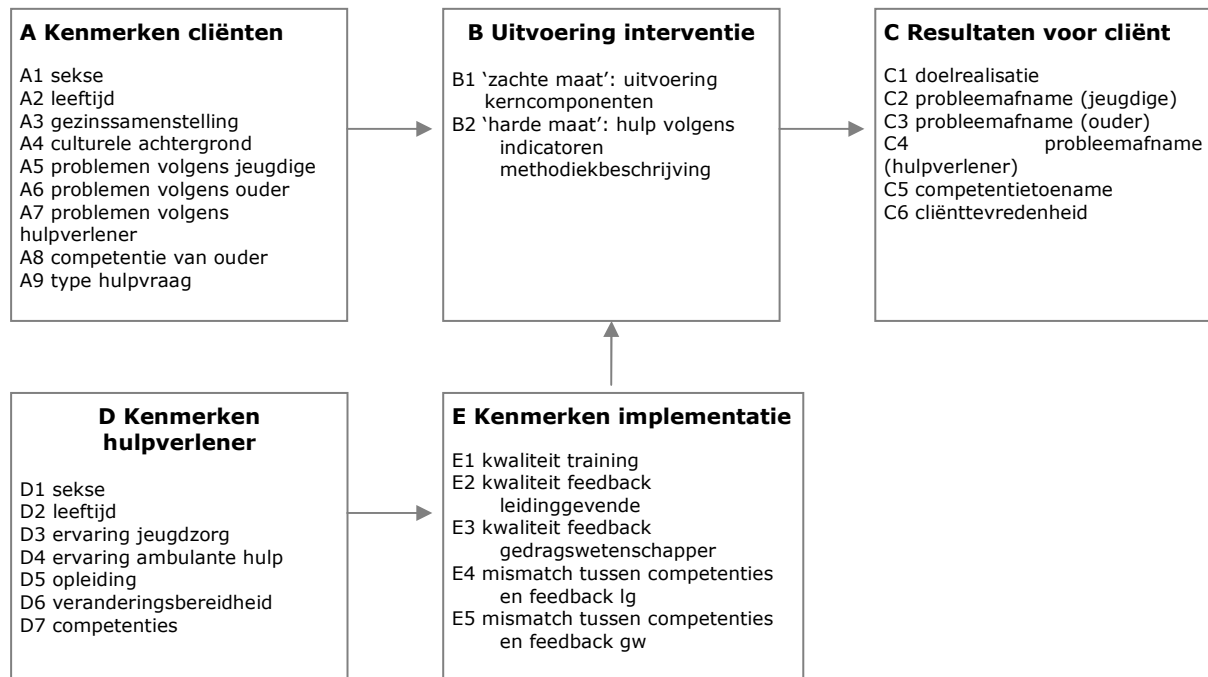
De onderzoeker kreeg een lijst met afgesloten trajecten van de cliëntadministratie en maakte telefonisch een afspraak met de hulpverlener die het traject had uitgevoerd. Na afloop van elk eerste interview werd met de hulpverlener besproken welk traject het volgende afgesloten traject zou zijn en op dat moment werd direct een nieuwe interviewafspraken gemaakt.

Het is niet gelukt om met alle hulpverleners 5 cliënttrajecten te bespreken, omdat er onvoldoende cliënttrajecten werden afgesloten waarbij aan de inclusievoorwaarden werd voldaan. In totaal zijn uiteindelijk 55 hulpverleners overgebleven, omdat 1 hulpverlener vanwege een arbeidsconflict en 1 hulpverlener vanwege ziekte niet meer deelnamen aan de interviews. Met de 55 hulpverleners zijn in totaal 253 cliënttrajecten besproken ($m=4.6$ per hulpverlener). Dat is 84% van de beoogde 300 trajecten.

8.2.3 Instrumentarium

Het instrumentarium dat gebruikt is in de studie bij Jeugdformaat wordt besproken aan de hand van de onderdelen uit de implementatiemonitor, zoals deze in hoofdstuk 5 is geïntroduceerd. In hoofdstuk 5 is de monitor op hoofdlijnen uitgewerkt, er staat geoperationaliseerd welke aspecten per onderdeel gemeten worden en welke instrumenten zijn gebruikt. In het onderhavige hoofdstuk werken we de implementatiemonitor nog verder uit tot op variabelenniveau, zie figuur 8.5.

Figuur 8.5 Schematische weergave implementatiemonitor Jeugdformaat met variabelen



Gedurende de implementatie bij Jeugdformaat zijn veel gegevens verzameld en om de omvangrijke set met data te reduceren zijn een aantal schalen geconstrueerd. In deze paragraaf wordt kort uitgelegd om welke constructen het gaat en in tabel 8.2 tot en met tabel 8.6 staat aangegeven welke variabelen en schalen uiteindelijk gebruikt worden in verdere analyses. In de tabellen staat achtereenvolgens vermeld welk *aspect* gemeten is, welk *instrument* gebruikt is om dit te meten, wie de *informant* was, tot welke *variabele* in het onderzoek dit heeft geleid en – indien het een geconstrueerde schaal betreft – het *aantal items* en de *interne consistentie* en *factoroplossing* (verklaarde variantie en factorladingen) weergegeven²³.

A Kenmerken cliënten

Voor uitspraken over *achtergrondgegevens van de cliënt* worden in verdere analyses vier variabelen gebruikt: de leeftijd in jaren, sekse, culturele achtergrond (Nederlands of anders) en gezinssamenstelling (twee- of eenoudergezin) van de cliënt. Deze gegevens zijn verzameld door de hulpverlener in het digitaal dossier of met behulp van de Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP; Van Yperen, Van den Berg, Eijgenraam, & De Graaf, 2006).

²³ We hanteren de norm dat de interne consistentie laag is bij een Cronbach's alpha tot .40, matig bij een alpha tussen .41 en .60, redelijk bij een alpha tussen .61 en .80 en hoog bij een alpha boven .81. Bij de factorladingen hanteren we de ondergrens van .30 en een lading boven .40 als acceptabel.

Tabel 8.2 Gebruikte onderzoeksinstrumenten voor kenmerken cliënt

Onderdeel A							
Aspect	Instrument	Informant	Variabelen in onderzoek	aantal items	α	verklaarde variantie	Factor ladingen
Achtergrond-gegevens cliënt	digitaal dossier	hulpverlener	A1 leeftijd	1			
			A2 sekse	1			
	STEP	hulpverlener	A3 culturele achtergrond	1			
			A4 gezinssamenstelling	1			
Aard van de problematiek bij aanvang	SDQ-jeugd	jeugdige	A5 problemen volgens jeugdige	4	.51	41.65%	.32-.80
	SDQ-ouder	ouder	A6 problemen volgens ouder	4	.45	39.43%	.32-.82
	STEP	hulpverlener	A7 problemen volgens hulpverlener	6	.80	51.23%	.51-.82
	PSAM	ouder	A8 competentie van ouder	5	.68	48.41%	.33-.89
Type hulpvraag	Doelenboom	hulpverlener	A9 type hulpvraag	1			

Bij de *aard van de problematiek bij aanvang* is ervoor gekozen om de problemen van jeugdigen gerapporteerd door de jeugdige zelf, de ouder en de hulpverlener afzonderlijk mee te nemen in verdere analyses, omdat uit literatuur blijkt dat overeenstemming tussen informanten slechts matig is (Achenbach, McConaughy & Howell, 1987; Collishaw, Goodman, Ford, Rabe-Hesketh, & Pickles, 2009; Kroes, 2006) en er in principale componenten analyse geen ondersteuning is gevonden voor één onderliggende dimensie. De problemen van jeugdigen volgens jeugdigen en ouders wordt gemeten met de totaalschaal van de Strength and Difficulties Questionnaire²⁴, wat een optelling is van de scores op vier afzonderlijke probleemschalen (SDQ; Goodman, 1997; Goedhart, Treffers, & van Widenfelt, 2003). De interne consistentie van de maat voor de problemen van jeugdigen ingevuld door jeugdigen en ouders zijn matig. Dit zien we niet als een probleem voor verdere analyses, omdat het een additieve schaal is, waarbij verschillende onderdelen aanvullend aan elkaar zijn (bijvoorbeeld emotionele problemen en gedragsproblemen) in plaats van dat zij hetzelfde meten (Streiner, 2003). De problemen van jeugdigen volgens hulpverleners wordt gemeten met de schaal voor functioneren van de jeugdige van de STEP, waarvan de interne consistentie redelijk is. De opvoedingscompetenties van ouders bij aanvang van de hulp is ook een indicator voor de aard van de problematiek en wordt gemeten met de totaalscore op de vragenlijst Parenting Self Agency Measure (PSAM; Dumka, Stoerzinger, Jackson, & Roosa, 1996). De interne

²⁴ De totaalschaal op de SDQ voor zowel jeugdigen als ouders is berekend aan de hand van de scores op de vier subschalen. De interne consistentie is gemeten op schaalniveau, aan de hand van de scores op die vier subschalen. Ter vergelijking: berekening van de interne consistentie van de totaalschaal, aan de hand van 20 items geeft een hogere interne consistentie (Cronbach's alpha voor SDQ jeugdigen bij start .84 bij einde .72; voor SDQ ouders bij start .86 bij einde .85).

consistentie van deze vragenlijst is redelijk en de factoroplossing acceptabel.

Voor het *type hulpvraag* is een variabele aangemaakt met behulp van de doelcodes uit de Doelenboom (Reith, Hofman, Stams, & Van Yperen, 2008). De variabele geeft aan of de hulp meer gericht is op het kind of meer gericht is op het gezin. Deze variabele is geconstrueerd door het aantal kinddoelen en gezinsdoelen te tellen in de doelen van een cliënt en te vergelijken welk type doel vaker voorkomt. Dit heeft geresulteerd in een categorische variabele met 3 mogelijkheden: meer kindgerichte doelen, meer gezinsgerichte doelen of evenveel kind- als gezinsgerichte doelen.

B Uitvoering interventie

Tabel 8.3 Gebruikte onderzoeksinstrumenten voor uitvoering interventie

Onderdeel B							
Aspect	Instrument	Informant	Variabelen in onderzoek	aantal items	α	verklaarde variantie	Factor ladingen
<i>Kern-componenten</i>	interview over traject	hulpverlener	B1 Zachte maat: uitvoering kerncomponenten	10	.83	40.78%	.42 -.77
<i>Indicatoren methodiekbeschrijving</i>	digitaal dossier	hulpverlener	B2 Harde maat: hulp volgens indicatoren methodiekbeschrijving	5	.52	33.44%	.42-.70
	interview over traject	hulpverlener					

Om de uitvoering van de interventie inzichtelijk te maken is een ‘harde’ en een ‘zachte’ maat gebruikt. De ‘harde’ maat is gevormd door indicatoren uit de methodiekbeschrijving zoals de duur van de hulpverlening en de frequentie van contact met het gezin. De ‘zachte’ maat geeft weer in hoeverre de kerncomponenten door de hulpverlener zijn uitgevoerd gedurende de interventie.

Om *indicatoren uit de methodiekbeschrijving* inzichtelijk te maken, is een schaal geconstrueerd waarin een aantal belangrijke aspecten van de hulp zijn opgenomen. Bij deze schaal is ervoor gekozen om de daadwerkelijke situatie in het hulpverleningstraject af te zetten tegen de norm uit de methodiekbeschrijving. De gegevens voor deze schaal zijn afkomstig uit het digitale dossier en uit het interview over het hulpverleningstraject. De schaal bestaat uit 5 items, te weten de *duur van de hulp*, het *aantal contacten*, de *frequentie van contacten*, de *aan- of afwezigheid van een fasering* en de *aan- of afwezigheid van vragenlijsten* om bij de start van de hulp de problematiek inzichtelijk te maken. De norm is dat een traject 6 maanden duurt, dat er 21 contacten zijn, dat er wekelijks contact is, dat er een fasering is (start-uitvoer-afbouw) en dat er vragenlijsten worden afgenomen bij de start. Bij elk van de vijf variabelen zijn de scores omgecodeerd naar de deviatie ten opzichte van de norm. Bijvoorbeeld: een traject van 6 maanden is volgens de

norm, een traject dat 5 of 7 maanden duurde, is een deviatie van 1 maand ten opzichte van de norm. Vervolgens zijn alle variabelen gestandaardiseerd en opgeteld. De interne consistentie van deze schaal is matig – het betreft hier ook een additieve schaal – en de factoroplossing laat zien dat alle variabelen voldoende hoog laden op één onderliggende dimensie.

Voor de *uitvoering van kerncomponenten*²⁵ is, tijdens de interviews over het hulpverleningstraject, door de hulpverleners zelf gerapporteerd in hoeverre zij de elf kerncomponenten gedurende de hulp hebben ingezet. Er is vervolgens een schaal gemaakt aan de hand van tien van de elf kerncomponenten. De kerncomponent ‘netwerk betrekken’ had een te lage factorlading, waardoor deze uit de schaal is gehouden. Het netwerk betrekken wordt als aparte variabele meegenomen in verdere analyses. De interne consistentie en de factoroplossing van de schaal uitvoering van kerncomponenten zijn beiden goed.

C Resultaten voor cliënten

Tabel 8.4 Gebruikte onderzoeksinstrumenten voor resultaten cliënt

Onderdeel C							
Aspect	Instrument	Informant	Variabelen in onderzoek	aantal items	α	verklaarde variantie	Factor ladingen
Doelrealisatie	GAS-score	jeugdige, ouder, hulpverlener	C1 mate van doelrealisatie	15	.92	35.42%	.48 -.73
Probleemafname	SDQ	jeugdige	C2 probleemafname (jeugdige)	4	.56	44.28%	.57-.75
		ouder	C3 probleemafname (ouder)	4	.62	47.69%	.64-.75
	STEP	hulpverlener	C4 probleemafname (hulpverlener)	6	.83	57.84%	.65-.89
Competentievergroting	PSAM	ouder	C5 competentie-toename	5	.68	48.41%	.33-.89
Clïënttevredenheid	Waarderingss-lijst	jeugdige, ouder	C6 cliënttevredenheid	4	.72	42.80%	.55-.72

Voor verdere analyse is een schaal geconstrueerd die de totale *doelrealisatie* weergeeft. Deze totale doelrealisatie is een gemiddelde van de scores van alle informanten (jeugdige, ouder, hulpverlener) en van verschillende doelen (maximaal zes doelen). Bij de interpretatie van dit gemiddelde moet rekening gehouden worden met de manier waarop de gegevens verzameld zijn. Alhoewel GAS-scores zich beter laten interpreteren wanneer gebruik gemaakt wordt van percentages behaalde doelen dan met een gemiddelde over verschillende informanten en

²⁵ Deze maat moet niet verward worden met de competenties van hulpverleners. De *uitvoering van de kerncomponenten* is gemeten na afloop van de hulpverleningstrajecten en hierover is gerapporteerd door de hulpverlener zelf. De *competenties op kerncomponenten* van hulpverleners zijn gemeten voorafgaand aan de implementatie en hierover is gerapporteerd door drie informanten. Dit element is opgenomen in onderdeel D, kenmerken hulpverleners.

verschillende doelen (Van Yperen & Van der Steege, 2008), is er in deze studie toch gekozen om te werken met een gemiddelde. Hiermee is het mogelijk om de veelheid aan variabelen te reduceren tot een enkele variabele, zonder het oordeel van één van de informanten uit te sluiten. Factoranalyse laat zien dat de scores op de eerste vijf doelen van de drie informanten ($15 \times 3 = 15$ items) zich daar goed voor lenen; de interne consistentie van deze schaal is goed. De realisatie van het zesde doel is buiten de schaal gehouden, omdat deze bij de grootste groep cliënten niet was ingevuld (omdat er vaak maar 5 doelen gesteld waren).

Voor het aspect *probleemafname* zijn de verschillen tussen de begin- en eindmeting van de totale problemen op de SDQ, gerapporteerd door jeugdigen en ouders, en de verschillen tussen de begin- en eindmeting van de schaal voor functioneren jeugdige op de STEP gebruikt. In tabel 8.2 stond reeds de interne consistentie, variantie en factoroplossing van de beginmeting vermeld; in tabel 8.4 staan die van de eindmeting vermeld. De interne consistentie van de schaal ingevuld door jeugdigen is matig, de interne consistentie bij ouders redelijk en bij hulpverleners goed. Hierbij valt op dat de interne consistentie bij de eindmeting hoger is dan die bij de beginmeting.

Competentievergroting wordt in de verdere analyses gemeten met behulp van één item, namelijk de verschillen tussen de begin- en eindmeting op de competentieschaal voor ouders. De interne consistentie van de schaal voor competentie bij ouders is matig, de items laden voldoende hoog op één onderliggende dimensie.

Voor *cliënttevredenheid* is een schaal van vier items geconstrueerd uit de Waarderingslijst (Jeugdformaat, 2005). Dit betreft twee items over de tevredenheid over de hulp en twee rapportcijfers, waarvan één door jeugdige en één door de ouders is ingevuld. De interne consistentie is redelijk en de factoroplossing laat zien dat de vier items als één schaal beschouwd kunnen worden.

D Kenmerken hulpverleners

Achtergrondkenmerken van hulpverleners, zoals sekse, leeftijd, opleiding en werkervaring worden als losse variabelen meegenomen in verdere analyses.

Aan de hand van de acht schalen – 41 items – van de Decision Determinants Questionnaire is één schaal voor *veranderingsbereidheid* van hulpverleners geconstrueerd. De interne consistentie van die schaal is redelijk en de factoroplossing is acceptabel. Het instrument staat beschreven in hoofdstuk 6.

Tabel 8.5 Gebruikte onderzoeksinstrumenten voor kenmerken hulpverleners

Onderdeel D							
Aspect	Instrument	Informant	Variabelen in onderzoek	aantal items	α	verklaarde variantie	Factor ladingen
Achtergrond gegevens	Vragenlijst implementatie	hulpverlener	D1 leeftijd	1			
			D2 sekse	1			
			D3 werkervaring	2			
			D4 opleiding	4			
Houding tov verandering	DDQ	hulpverlener	D5 veranderingsbereidheid	41	.89	45.4%	.43-.80
Competenties op kerncomponenten	Vragenlijst Kerncomponenten	hulpverlener, leidinggevende, gedragswetenschapper	D6 competenties	33	.95	37.44%	.30-.85

De schaal voor *competenties op kerncomponenten*²⁶ uit de interventie is geconstrueerd aan de hand van de totaalschaal op de Vragenlijst Kerncomponenten (opgetelde score van elf kerncomponenten), ingevuld door ambulante hulpverleners, leidinggevenden en gedragswetenschappers. In hoofdstuk 7 wordt dit instrument uitvoerig beschreven. In totaal wordt de schaal geconstrueerd aan de hand van drie keer elf scores, wat resulteert in 33 items. De interne consistentie is goed en de factoroplossing voor deze schaal is acceptabel.

E Kenmerken implementatie

Tabel 8.6 Gebruikte onderzoeksinstrumenten voor kenmerken implementatie

Onderdeel E							
Aspect	Instrument	Informant	Variabelen in onderzoek	aantal items	α	verklaarde variantie	Factor ladingen
Training op maat	Evaluatielijst trainingen	hulpverlener	E1 waardering training	7	.70	87.72%	-.88-.97
Feedbackmomenten	Vragenlijst werkbegeleiding	leidinggevende	E2 mismatch LG	1			
	Vragenlijst consultatie	gedragswetenschapper	E3 mismatch GW	1			
	Werkbegeleidingsevaluatie-schaal	hulpverlener	E4 kwaliteit feedback LG	5	.87	69.85%	.69-.91
	Consultatie evaluatie-schaal	hulpverlener	E5 kwaliteit feedback GW	5	.95	83.13%	.73-.96
Resultatenbesprekingen	procesinformatie	onderzoeker	kwalitatieve informatie over implementatie-activiteiten	-			

²⁶ Deze maat moet niet verward worden met de inzet van kerncomponenten gedurende de hulp. De *competenties op kerncomponenten* van hulpverleners zijn gemeten voorafgaand aan de implementatie en hierover is gerapporteerd door drie informanten. De *uitvoering van de kerncomponenten* is gemeten na afloop van de hulpverleningstrajecten en hierover is gerapporteerd door de hulpverlener zelf. Dit element is opgenomen in onderdeel B, uitvoering interventie.

Om iets te kunnen zeggen over de *training op maat* is voor verdere analyse een variabele gemaakt, die de waardering van de training door hulpverleners weergeeft. Deze variabele is opgebouwd uit de kwantitatieve items van het Evaluatieformulier trainingen (zie hoofdstuk 5). De interne consistentie van deze schaal is redelijk en ruim 87% van de variantie in de items wordt verklaard door een onderliggende dimensie. Opvallend daarbij is dat er twee items zijn die hoog negatief laden op de onderliggende dimensie. Dit komt later in dit hoofdstuk nog aan de orde.

Voor het meten van de *feedbackmomenten* is een variabele gemaakt waarmee de waardering van hulpverleners over de feedback met leidinggevend en gedragswetenschappers wordt weergegeven: *kwaliteit feedback leidinggevende* en *kwaliteit feedback gedragswetenschapper*. Deze variabele is gemaakt door een schaal te maken van de items van de Werkbegeleiding evaluatieschaal en de Consultatie evaluatieschaal (besproken in hoofdstuk 5). De interne consistentie en factorladingen voor deze schalen zijn goed.

Daarnaast is een variabele aangemaakt die laat zien of er sprake is van een slechte aansluiting tussen de inhoud van de feedback en de competenties van de hulpverlener: *mismatch feedback leidinggevende* en *mismatch feedback gedragswetenschapper*. Die mismatch is bepaald voor alle elf kerncomponenten en vervolgens is een optelling gemaakt van het aantal kerncomponenten waarop de mismatch bestaat. Er wordt gesproken van een mismatch als de hulpverlener over minder dan gemiddelde competenties beschikt bij een bepaalde kerncomponent dan andere hulpverleners èn als deze kerncomponent vervolgens minder dan gemiddeld besproken is in de feedbackmomenten met de leidinggevende of gedragswetenschapper. Een voorbeeld: er is sprake van een mismatch in de feedback van de leidinggevende als een hulpverlener lager dan collega's scoort op de kerncomponent *informatie verzamelen* èn wanneer *informatie verzamelen* minder besproken wordt met de leidinggevende dan bij collega hulpverleners.

De procesinformatie – over de *resultatenbesprekingen* en overige *implementatieactiviteiten* – die gedurende de implementatie van de Methodiek Ambulante Hulp bij Jeugdformaat door de onderzoeker is verzameld, leent zich niet voor verdere kwantitatieve analyse. Het zijn activiteiten die organisatiebreed zijn ingezet, er is geen variatie over de hulpverleners voor deze activiteiten. Deze gegevens worden gebruikt om een beeld te schetsen van de implementatie bij Jeugdformaat.

8.2.4 Respons

Tabel 8.7 laat zien wat de responspercentages zijn op basis waarvan de analyses uitgevoerd zijn²⁷. De respons op de variabelen over de *kenmerken van cliënten* is over het algemeen in hoog genoeg (variërend van 75-100%) om er betrouwbare uitspraken over te kunnen doen. Voor de *uitvoering van de hulp* zijn de variabelen voor alle cliënten aanwezig.

De variabelen om de *resultaten voor de cliënt* te meten zijn voor 45% tot 96% van de cliënten aanwezig. Hierbij is te zien dat de respons vooral laag is op aspecten waarbij de jeugdige of ouder de informant is: de problemafname volgens jeugdigen, de problemafname volgens ouders, de competentietoename volgens ouders en de cliënttevredenheid. Alleen de problemafname volgens ouders is met een acceptabele respons (60%) ingevuld, de overige aspecten hebben een lage respons (variërend van 45-57%). De aspecten die (ook) door de hulpverlener worden ingevuld, doelrealisatie en problemafname volgens hulpverleners, zijn vaker ingevuld.

Over het algemeen is de respons op de variabelen voor *kenmerken van hulpverleners* goed (variërend van 87-100%), met uitzondering van de competenties van hulpverleners (respons 45%). De non-respons heeft oorzaken op hulpverlener- en teamniveau. Oorzaken op hulpverlenerniveau zijn ziekte of verlof. Oorzaken op teamniveau zijn afwezigheid van de leidinggevende bij een team in de periode van invullen en het niet zorgvuldig bewaren van gegevens door de leidinggevende van een team. In hoofdstuk 7 staat een uitgebreide bespreking van de respons op de vragenlijst waarmee competenties zijn gemeten.

Variabelen over de *kenmerken van de implementatie* zijn met responspercentages tussen 87% en 100% in voldoende mate aanwezig.

De variabelen met een lage respons zorgen ervoor dat sommige analyses met een beperkte groep hulpverleners en cliënten uitgevoerd worden. Indien dit het geval is, wordt dit vermeld bij de presentatie van de analyse.

²⁷ Een responspercentage van 60% en hoger duiden we aan als acceptabel. Een percentage onder de 60% betekent dat resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Tabel 8.7 Respons op variabelen voor analyses Jeugdformaat

	Beoogd aantal	Beschikbaar aantal	Respons percentage	
A Kenmerken cliënten				
A1 sekse	253	253	100%	
A2 leeftijd	253	253	100%	
A3 gezinssamenstelling	253	234	96%	
A4 culturele achtergrond	253	235	93%	
A5 problemen volgens jeugdige	160 ²⁸	120	75%	
A6 problemen volgens ouder	253	231	91%	
A7 problemen volgens hulpverlener	253	233	92%	
A8 competentie van ouders	253	225	89%	
A9 type hulpvraag	253	253	100%	
B Uitvoering hulp				
B1 Uitvoering werkzame bestanddelen	253	253	100%	
B2 Indicatoren hulp volgens methode	253	253	100%	
C Resultaten cliënt				
C1 Doelrealisatie	253	243	96%	
C2 Probleemafname volgens jeugdige	160	72	45%	*/**
C3 Probleemafname volgens ouder	253	153	60%	**
C4 Probleemafname volgens hulpverlener	253	168	66%	**
C5 Competentietoename	253	140	55%	*/**
C6 Cliënttevredenheid	253	145	57%	*
D Kenmerken hulpverleners				
D1 Sekse	55	55	100%	
D2 leeftijd	55	55	100%	
D3 ervaring jeugdzorg	55	55	100%	
D4 ervaring ambulante hulp	55	55	100%	
D5 opleiding	55	55	100%	
D6 veranderingsbereidheid	55	48	87%	
D7 competenties	55	25	45%	*
E Kenmerken implementatie				
E1 kwaliteit training	55	38	69%	
E2 kwaliteit feedback leidinggevende	55	51	93%	
E3 kwaliteit feedback gedragswetenschapper	55	47	85%	
E4 mismatch feedback en comp LG	55	55	100%	
E5 mismatch feedback en comp GW	55	55	100%	

Noot * respons is lager dan 60% Resultaten moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden.

** responspercentage representeert een gecombineerde respons op zowel voor- als nameting

²⁸ Het responspercentage voor problemen en probleemafname volgens jeugdige is berekend aan de hand van jeugdigen die bij aanvang van de hulp 8 jaar of ouder zijn, omdat onder de 8 jaar jeugdigen nog geen vragenlijsten invullen.

Om te bezien of de groep hulpverleners bij wie de gegevens over competenties ontbreken erg verschillen van de groep hulpverleners van wie de competenties wél bekend zijn, is aanvullend onderzoek gedaan. Aan de hand van t-toetsen is nagegaan of de twee groepen (hulpverleners van wie competenties wel gemeten zijn versus hulpverleners van wie competenties niet gemeten zijn) verschillen wat betreft *kenmerken hulpverleners*, *uitvoering hulp* en *kenmerken implementatie*. Uit deze toetsen komt een significant verschil naar voren op het gebied van werkervaring: de groep waarvan gegevens ontbreken heeft gemiddeld meer ervaring dan de groep waarover gegevens bekend zijn. Dit geldt zowel voor werkervaring in de jeugdzorg ($t(52)=-2.08$; $p=.04$), als werkervaring met ambulante hulp ($t(52)=-2.47$; $p=.02$). Op alle overige getoetste variabelen (sekse, leeftijd, opleidingsniveau, veranderingsbereidheid, uitvoering hulp volgens werkzame bestanddelen, uitvoering hulp volgens indicatoren, kwaliteit training en kwaliteit feedback) verschillen de twee groepen hulpverleners niet significant van elkaar ($p > .05$).

8.2.5 Data analyse

Ten eerste zijn alle variabelen uit de implementatiemonitor met behulp van beschrijvende statistieken (frequentieverdelingen, gemiddelden, spreidingsmaten) onderzocht. Dit heeft inzicht gegeven in de uitvoering van de interventie en de resultaten voor cliënten en ook in kenmerken van de implementatie en van betrokken cliënten en hulpverleners. Ten tweede is er onderzocht in hoeverre de variabelen in een bepaald onderdeel van de implementatiemonitor onderling samenhangen. Pas na deze beschrijvende fase is toetsende statistiek toegepast. De 253 jeugdigen in dit onderzoek hebben hulp ontvangen van 55 hulpverleners. We hebben dus te maken met geneste data en maken voor de analyses daarom gebruik van een multilevel analyse. Daarnaast is er gebruik gemaakt van multiple hiërarchische regressie analyse op één niveau. De procedures voor het toevoegen van voorspellers gedurende de regressie analyses staat beschreven in de resultatensectie. Vanwege de wisselende onderzoeksgroep door een beperkte respons op een aantal vragenlijsten staat bij de gepresenteerde tabellen steeds het aantal cliënten en/of hulpverleners genoemd waarover de analyses zijn uitgevoerd. Voor alle analyses is gebruik gemaakt van SPSS 16.0.

8.3 Resultaten

8.3.1 Beschrijving implementatieproces

Alvorens ons te richten op de hoofdvraag en de deelvragen van de studie bij Jeugdformaat, is het nodig om een overzicht te geven van wat zich gedurende het implementatieproces heeft afgespeeld. In deze paragraaf presenteren we beschrijvende gegevens om een beeld te krijgen van de betrokken cliënten, de uitvoering van de interventie, de resultaten voor cliënten, betrokken hulpverleners en implementatieactiviteiten. We schetsen daarmee de context van de implementatie van de Methodiek Ambulante Hulp. Ten eerste door een korte chronologische beschrijving van de implementatie te geven. Ten tweede door elk onderdeel uit de implementatiemonitor heel kort te beschrijven. In Bijlage 3 zijn aanvullende tabellen opgenomen over de verschillende onderdelen van de implementatiemonitor.

Uit de kwalitatieve procesinformatie, die door de onderzoeker is verzameld gedurende de implementatie, blijkt dat er diverse activiteiten zijn ingezet om de methodiek te implementeren. Deze zijn in te delen in de eerder genoemde fasen van implementatie: *verspreiding, adoptie, invoering en borging*.

- **Verspreidingsfase**

Van januari 2008 tot april 2008 zijn medewerkers in de jeugdhulpteams op de hoogte gebracht van de komst van de vernieuwde versie van de interventie. In april 2008 hebben alle medewerkers een brief van de manager ontvangen over de vernieuwde methodiek en het belang van deze interventie voor het hulpverleningsproces.

- **Adoptiefase**

In mei 2008 ontvingen alle hulpverleners de methodiekmap: de Methodiek Ambulante Hulp op papier. In die maand is ook de houding van de medewerkers ten opzichte van de verandering gemeten (zie hoofdstuk 6). Per team zijn activiteiten gestart om de interventie te lezen of te bespreken en vanaf augustus werd iedereen geacht de interventie gelezen te hebben. Van mei tot en met augustus is door ambulant hulpverleners, leidinggevend en gedragwetenschappers de Vragenlijst Kerncomponenten (zie hoofdstuk 7) ingevuld, om een inschatting te maken van ieders competenties. Op basis daarvan is een indeling gemaakt voor de trainingen.

- **Invoerfase**

Van september tot en met november 2008 zijn hulpverleners getraind in zes trainingsgroepen. In alle zes de trainingen werd aandacht besteed aan de pijlers van de methodiek Ambulante Hulp en aan methodisch werken in het algemeen. Elke training had echter wel een eigen thema, dat aangepast was op de uitkomsten uit de Vragenlijst Kerncomponenten en de inbreng van leidinggevendenden. Tijdens de eerste bijeenkomst van de training besteedde de trainer aandacht aan wat de hulpverleners wilden leren. Leidinggevendenden en gedragswetenschappers hebben in deze periode ook een training gevolgd. Deze was bedoeld om de begeleiding van hulpverleners onderling af te stemmen en inzicht te krijgen in de (veranderingen in de) methodiek.

- **Borgingsfase**

Vanaf het moment dat de methodiekmap was uitgedeeld, konden hulpverleners er mee aan de slag. Vanaf oktober/november was het grootste deel van de hulpverleners ook getraind en zijn leidinggevendenden en gedragswetenschappers gaan werken met vragenlijsten in de werkbegeleiding en consultatie. Per team zijn er activiteiten ontplooid om de interventie te borgen in de dagelijkse structuur van het werk, zie tabel 8.8.

Tabel 8.8 *Aanvullende implementatieactiviteiten per team*

Komt de Methodiek Ambulante Hulp aan bod tijdens betreffend overleg of teammoment?								
Team	Overleg LG/GW	Werkbegeleiding AH/LG	Consult AH/GW	Team-overleg	Casulistiek bespreking	Thema-bijeenkomsten	Jaar-gesprek AH/LG	Jaarplan van team
1	ja	ja	ja	ja	ja	nee	ja	ja
2	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja
3	ja	ja	ja	ja	ja	ja	ja	onduidelijk
4	ja	ja	ja	ja	ja	onduidelijk	ja	onduidelijk
5	ja	ja	ja	ja	ja	onduidelijk	nee	onduidelijk
6	ja	ja	ja	ja	ja	onduidelijk	nee	ja
7	ja	ja	ja	ja	ja	onduidelijk	nee	onduidelijk
8	ja	ja	ja	ja	ja	ja	nee	onduidelijk

Noot AH = ambulante hulpverlener; LG = leidinggevende; GW = gedragswetenschapper
 Ja = activiteit is ingezet in het team; Nee = activiteit is niet ingezet in het team
 Onduidelijk = het is niet duidelijk of de activiteit is ingezet in het team

Uit tabel 8.8 is af te lezen dat de methodiek bij alle teams aan de orde kwam in

overleg tussen leidinggevenden en gedragswetenschappers, in de werkbegeleiding tussen leidinggevende en hulpverlener, in de consultatie van gedragwetenschappers aan hulpverleners en in de casuïstiekbespreking. Daarnaast hebben drie teams nog themabijeenkomsten gehouden om de methodiek te implementeren, bij vier teams werd de methodiek besproken in de jaargesprekken tussen leidinggevenden en hulpverleners en bij drie teams had de Methodiek Ambulante Hulp een duidelijke plek in het jaarplan. In sommige gevallen heeft een team, ondanks herhaald verzoek, geen informatie aangeleverd over de activiteit, waardoor onduidelijk is of dit wel of niet heeft plaatsgevonden in dat team.

Bovenstaande kwalitatieve informatie geeft al meer zicht op het implementatieproces. Om het beeld van de implementatie van de Methodiek Ambulante hulp compleet te maken, zijn er kwantitatieve gegevens verzameld. Deze gegevens helpen ons om later in dit hoofdstuk de volgende vragen te beantwoorden: Welke doelgroep is bereikt? Is de interventie integer uitgevoerd? Welke resultaten zijn behaald bij cliënten? Welke hulpverleners voerden de interventie uit? Hoe zijn de geplande implementatieactiviteiten ingezet? Beantwoording van deze vragen is belangrijk om de relaties tussen verschillende onderdelen van de implementatiemonitor op waarde te schatten.

A Kenmerken cliënten: welke doelgroep is bereikt?

De cliënten die in deze studie onderzocht zijn, zijn qua *achtergrondkenmerken* vergelijkbaar met cliënten die ambulante hulp krijgen bij Jeugdformaat. Dit maakt de onderzoeksgroep representatief voor de afdeling ambulante hulp. Er zijn geen significante verschillen gevonden op de kenmerken van cliënten tussen de teams, wat aangeeft dat de cliëntpopulatie bij de acht jeugdhulpteams vergelijkbaar is.

Over de *problematiek van cliënten* werd door verschillende informanten gerapporteerd en het blijkt dat er verschil is in de beleving van de ernst van de problemen. Over het algemeen schatten de ouders de problematiek veel ernstiger in dan jeugdigen ($t(117)=-4.49, p<.000$). Overigens laat een gepaarde t-toets zien dat dit verschil aan het einde van de hulp niet meer significant is ($t(76)=.02, p=.99$). Alhoewel alle jeugdigen een indicatie voor jeugdhulp hebben gekregen, geeft slechts 15% van de jeugdigen en 35% van de ouders aan dat er sprake is van

ernstige problematiek²⁹ bij aanvang van de hulp. Hulpverleners hebben bij 85% van de jeugdigen grote zorgen³⁰ over het functioneren van de jeugdige.

De *hulpvragen* in de onderzochte cliënttrajecten zijn vooral gezinsgericht, wat aangeeft dat het gewenste resultaat van een hulpverleningstraject vooral verandering in het gezin is en minder vaak verandering bij de jeugdige. Bij tweederde van de trajecten (68%) zijn de doelen meer op het gezin dan op de jeugdige gericht, bij 17% zijn de doelen meer op de jeugdige gericht en bij 15% zijn er evenveel doelen gericht op de jeugdige als op het gezin.

B Uitvoering van de interventie: is de interventie integer uitgevoerd?

Over elk hulpverleningstraject zijn gegevens verzameld over de *uitvoering van de kerncomponenten* (de ‘zachte’ maat voor werken volgens de interventie). Voor alle elf kerncomponenten is door de hulpverleners op een schaal van 1 tot 10 gescoord in hoeverre dit is ingezet in het hulpverleningstraject. Bijvoorbeeld in hoeverre een hulpverlener voldoende informatie heeft verzameld over de jeugdige en het gezinssysteem, of in hoeverre er gestructureerd gewerkt is door de hulpverlener in het hulpverleningstraject. Het blijkt dat de mate waarin de verschillende kerncomponenten worden ingezet verschilt (Hotelling's Trace = 242.33, $F(11,45) = .10$ $p < .00$); de ene kerncomponent wordt meer ingezet dan de andere. Gemiddeld scoren de hulpverleners het hoogst op het inzetten van gesprekstechnieken en het opbouwen van een werkrelatie. Zij scoren het laagst op het betrekken van het netwerk en het werken aan verandering gedurende de hulp (zie tabel B.1 in Bijlage 3).

Er zijn een aantal *indicatoren* gemeten over *het werken volgens de methodiekbeschrijving* (de ‘harde’ maat voor werken volgens de interventie). De Methodiek Ambulante Hulp gaat uit van 21 contacten van een uur per hulpverleningstraject, in een periode van 6 maanden. Een gemiddeld traject in deze studie duurde 7,5 maand en de hulpverleners hadden gemiddeld 20 contacten per traject. Deze contacten duurden gemiddeld net iets langer dan een uur en vonden drie maal per maand plaats. In ongeveer de helft van de contacten (48%) was de jeugdige betrokken, moeder was bijna altijd betrokken (89%) en vader was bij een derde van de contacten betrokken. Het sociaal en professioneel netwerk zijn met 6% en 11% in mindere mate betrokken bij de hulpverleningscontacten. De spreiding bij de gerapporteerde percentages is groot (zie tabel B.2 in Bijlage 3). In 88% van de hulpverleningstrajecten was er een duidelijke fasering in de hulp. Gemiddeld werd 23% van de contacten besteed aan de

²⁹ De totaalscore van de SDQ is hoger dan 20 bij jeugdigen en hoger dan 17 bij ouders, wat neerkomt op de 10% hoogst scorende jeugdigen in Nederland.

³⁰ De score op de schaal voor functioneren jeugdige op de STEP is hoger dan 15 (Van Yperen, 2009).

startfase, tegenover 59% aan de uitvoerfase en 18% aan de afbouwfase. Dit komt redelijk overeen met de beschrijving van de methodiek, waarin een verhouding van 20%-60%-20% wordt aangegeven. De spreiding bij de gerapporteerde percentages is ook hier hoog. In sommige trajecten wordt 80% van de contacten besteed aan de start- of afbouwfase en in sommige trajecten helemaal geen van de contacten. In het overgrote deel van de trajecten (96%) zijn middelen, technieken of instrumenten ingezet.

C Resultaten voor cliënten: welke resultaten zijn geboekt bij cliënten?

De geconstrueerde variabele *doelrealisatie* kent een gemiddelde van 1.29 ($sd=.53$). Dit is echter een maat die gehanteerd wordt in de regressieanalyse, maar niet goed te interpreteren is in concrete realisatie van hulpverleningsdoelen. Daarvoor is het beter om te kijken naar de percentages behaalde GAS-scores. Van alle hulpverleningsdoelen die gescoord zijn volgens de GAS methodiek, is 43% geheel behaald, 43% gedeeltelijk behaald, 13% niet behaald en bij 1% is sprake van achteruitgang ($n=243$; respons van 96%). Er zijn in de percentages geen significante verschillen tussen de scores van jeugdigen, ouders en hulpverleners, wat aangeeft dat er overeenstemming is tussen de informanten over de mate van doelrealisatie.

Volgens jeugdigen, ouders en hulpverleners is er gemiddeld sprake van een *probleemafname*. De mate waarin de problemen afnemen, verschilt echter per respondent: hulpverleners zien een middelgrote verandering (effectgrootte $d=.65$), ouders zien een matige verandering ($d=.49$) en bij jeugdigen is de verandering niet significant, zeer klein ($d=.19$).

Volgens ouders is er sprake van *competentietoename*: de verandering tussen de start en het einde van de hulp is significant en middelgroot (effectgrootte $d=.46$).

De score voor *cliënttevredenheid* is een geconstrueerde schaalscore die varieert van 0 tot 8, met een gemiddelde van 6.19 ($sd=1.5$).

Er zijn in dit onderzoek zes uitkomstmaten meegenomen als ‘resultaat van de hulp’. Het blijkt dat een positief resultaat op de ene uitkomstmaat niet altijd samengaat met een positief resultaat op de andere uitkomstmaat. De probleemafname ervaren door ouders en de probleemafname ervaren door jeugdigen hangen samen ($r=.34$), net als de probleemafname zoals die ervaren is door ouders en hulpverleners ($r=.25$). De probleemafname volgens jeugdige en hulpverleners hangen niet samen. Een groter aantal gerealiseerde doelen gaat samen met een grotere afname van problemen (gerapporteerd door ouders $r=.23$ en hulpverleners $r=.29$). Een grotere toename van competenties gaat samen met een grotere afname van problemen (gerapporteerd door ouders, $r=.23$). Cliënttevredenheid hangt niet

samen met doelrealisatie, probleemafname of competentietoename, wat aangeeft dat het een op zichzelf staande uitkomstmaat is. In het discussiedeel van dit hoofdstuk komen we op deze bevindingen terug.

D Kenmerken hulpverleners: welke hulpverleners voerden de interventie uit?

Uit de *achtergrondgegevens* voor hulpverleners blijkt dat de hulpverleners in deze onderzoeksgroep, qua sekse, leeftijd en opleiding, representatief zijn voor de gemiddelde ambulante hulpverlener bij Jeugdformaat. De hulpverleners in de onderzoeksgroep zijn voornamelijk vrouwen (89%); de gemiddelde leeftijd is 34 jaar. De hulpverleners hebben minimaal een HBO opleiding gevolgd. Gemiddeld hebben de hulpverleners 7,5 jaar ervaring in de jeugdzorg, waarvan bijna 4 jaar als ambulante hulpverlener.

De houding van de hulpverleners ten opzichte van de verandering is gemeten, waaruit een maat voor *veranderingsbereidheid* is gekomen. De scores op deze schaal variëren van 2.18 tot 4.25 met een gemiddelde van 3.19 ($sd=.55$). Normen voor deze schaal ontbreken. De veranderingsbereidheid verschilt per jeugdhulpteam ($F(7,40)=2.32$, $p=.04$). De veranderingsbereidheid van hulpverleners correleert met de werkervaring in de jeugdzorg ($r=.20$) (hoe meer werkervaring, hoe meer veranderingsbereidheid), maar univariate variantieanalyse laat zien dat de veranderingsbereidheid niet significant verschilt voor kenmerken van de hulpverleners (sekse, leeftijd, opleidingsniveau of werkervaring). Dit geeft aan dat de veranderingsbereidheid niet afhankelijk is van individuele hulpverlenerkenmerken en dat er in een aantal teams positiever en in een aantal teams negatiever wordt gedacht over de invoering van de Methodiek Ambulante Hulp.

Hulpverleners hebben aangegeven hoe *competent* zij zich voelen op elf kerncomponenten. Leidinggevend en gedragswetenschappers hebben over dezelfde competenties van de hulpverleners gerapporteerd. Er zijn – volgens de drie informanten samen – significante verschillen in de competenties van hulpverleners op de elf kerncomponenten (Hotellings Trace=143.95; $F(11,13)=.02$, $p<.00$) (Zie tabel B.3 in Bijlage 3). Dit is een belangrijk gegeven, dat nader besproken wordt in het discussiedeel.

Hulpverleners vinden zichzelf het meest competent in het opbouwen van een werkrelatie met cliënten en in het verzamelen en analyseren van informatie. Zij voelen zich minder sterk in het betrekken van het netwerk gedurende de hulp, in gestructureerd werken en het werken aan verandering gedurende de hulp. Leidinggevend en gedragswetenschappers laten min of meer hetzelfde beeld zien, behalve dat zij het analyseren van informatie meer als een zwakke

competentie van hulpverleners zien. Het blijkt dat er alleen een significant verschil in het oordeel van de drie informanten is op het kerncomponent *analyseren van informatie* (Hotellings Trace=.59; $F(2,14)=4.17$, $p=.04$). De hulpverlener scoort daar gemiddeld hoger ($m=78.32$, $sd=11.09$) dan de gedragswetenschappers ($m=72.50$, $sd=12.98$) en de leidinggevendenden ($m=68.52$, $sd=12.85$) (Zie tabel B.3 in Bijlage 3).

Voor verdere analyses is een totale maat voor *competenties* gemaakt: een gemiddelde van alle elf kerncomponenten. Er zijn significante verschillen tussen de jeugdhulpteams in deze maat voor competenties ($F(5,19)=3.48$, $p=.02$) wat aangeeft dat er competente en minder competente hulpverleners niet evenredig verdeeld zijn over de teams. In sommige teams zijn meer competente hulpverleners dan in andere teams. Verder blijkt dat er significante verschillen zijn op competenties voor leeftijd ($F(17,7)=4.06$, $p=.03$) en opleiding ($F(1,21)=6.97$, $p=.02$). Oudere hulpverleners worden door zichzelf en door begeleiders competentier ingeschat dan jongere hulpverleners. Verder scoren hulpverleners met een HBO opleiding hoger op de competenties dan hulpverleners met een wetenschappelijke opleiding.

E Kenmerken van de implementatie: hoe zijn de geplande activiteiten ingezet?

Voorafgaand aan de implementatie van de Methodiek Ambulante Hulp bij Jeugdformaat was er een plan gemaakt, dat gebaseerd was op drie activiteiten: 1) *training op maat*, 2) *feedback door leidinggevendenden en gedragswetenschappers* en 3) *resultatenbesprekingen*. Naast de geplande activiteiten kon elk team nog activiteiten toevoegen om de methodiek beter in te bedden (zie tabel 8.8). De drie activiteiten worden hieronder nader toegelicht.

1. Training op maat

De training op maat, die heeft plaatsgevonden in zes groepen, is anoniem geëvalueerd. Hierdoor is de waardering van hulpverleners over de training alleen op groepsniveau te herleiden en niet op individueel niveau.

Het blijkt dat de training in het geheel door de hulpverleners in de zes trainingsgroepen significant verschillend is gewaardeerd ($F(6,51)=8.73$ $p<.00$), wat aangeeft dat sommige trainingsgroepen positiever waren over de training dan anderen. Daarnaast is te zien dat de waardering van hulpverleners over de methodische kant van de training – *‘bekend zijn met de pijlers van de ambulante hulp en die weten te gebruiken’* en *‘weten wat de methodiek inhoudt en daarmee methodisch kunnen werken’* – negatief correleert (Pearson’s r tussen $-.25$ en $-.40$) met andere

items over de waardering van de training, zoals ‘de sfeer en veiligheid in de groep’, ‘de manier waarop de trainers hun rol invullen’ en ‘de waardering voor de gehele training’. Dit geeft aan dat hoe positiever de waardering is over de methodische kant, hoe negatiever de waardering voor de sfeer, de trainers en de training als geheel en vice versa. Oftewel: de training wordt in zijn geheel hoger gewaardeerd als de sfeer en de trainer goed zijn en de hulpverleners na afloop minder bekend en vaardig zijn met de methodiek. Hier komen we in het discussiehoofdstuk op terug.

2. Feedback door leidinggevend en gedragswetenschappers

De feedbackmomenten door leidinggevend en gedragswetenschappers zijn veelvuldig geëvalueerd gedurende de onderzoeksperiode, zowel op inhoud – welke kerncomponenten zijn besproken – als op kwaliteit – hoe de feedback werd gewaardeerd door hulpverleners.

Wat betreft de *inhoud van de feedbackmomenten* valt op dat een aantal kerncomponenten beduidend minder aan de orde komen dan andere. Zo is in tabel 8.9 te zien dat gemiddeld in 27% van de werkbegeleidingsgesprekken met leidinggevend het kerncomponent *informatie analyseren* besproken wordt, terwijl het in 65% van de gesprekken ging over het *reflecteren* op een hulpverleningstraject. Voor de consultatie met gedragswetenschappers geldt bijvoorbeeld dat het in 56% van de gesprekken over het *analyseren* en in 53% van de gesprekken over *reflecteren* ging.

Tabel 8.9 Percentage besproken kerncomponenten tijdens feedbackmomenten

Kerncomponenten	Werkbegeleiding LG				Consultatie GW				Verskil tussen LG en GW		
	Gemiddeld		Verskil per team		Gemiddeld		Verskil per team		tussen LG en GW		
	m (%)	sd (%)	F	p	m (%)	sd (%)	F	p	t	p	
- Informatie verzamelen	28.22	31.43	5.19	.00	30.47	22.92	1.29	.28		-.36	.72
- Analyseren	26.77	31.61	5.70	.00	56.44	29.52	2.46	.03		-3.85	.00
- Doelen stellen	27.67	30.98	3.45	.01	45.18	24.12	2.41	.04		-3.25	.00
- Werkrelatie opbouwen	44.46	30.93	5.70	.00	49.34	30.02	11.14	.00		-.84	.41
- Succesmomenten vieren	35.01	30.56	2.50	.04	27.18	25.00	3.06	.01		1.29	.20
- Gestructureerd werken	36.56	32.51	5.59	.00	26.29	25.40	2.35	.04		1.83	.07
- Regie voeren	60.37	29.37	3.60	.01	50.31	30.74	7.65	.00		1.57	.12
- Gesprekstechnieken	20.38	28.84	3.37	.01	29.11	22.06	3.54	.00		-1.85	.07
- Netwerk betrekken	25.60	32.14	9.23	.00	24.33	25.40	4.45	.00		.23	.82
- Tot verandering komen	44.78	27.46	2.08	.08	48.08	27.53	4.52	.00		-.58	.57
- Reflecteren	65.60	28.50	1.85	.11	52.55	22.08	3.79	.00		2.52	.02

Noot LG = leidinggevende GW = gedragswetenschapper n = 45 hulpverleners

Uit variantieanalyse blijkt dat er significante verschillen zijn voor de mate waarin de elf kerncomponenten *in het algemeen* worden besproken tijdens feedbackmomenten met leidinggevend (Hotellings Trace=10.63, $F(11;38)=36.73$, $p<.000$) en gedragswetenschappers (Hotellings Trace=10.53, $F(11;41)=39.28$, $p<.000$). Daarnaast blijkt dat er significante verschillen zijn *tussen teams* in de mate waarin de kerncomponenten besproken worden tijdens feedbackmomenten, zoals te zien in tabel 8.9. Dit betekent dat in sommige teams bepaalde kerncomponenten vaker aan bod komen dan in andere teams. Voor de werkbegeleiding met leidinggevend geldt dat er teamverschillen zijn voor alle kerncomponenten met uitzondering van de componenten *tot verandering komen* en *reflecteren*. Voor de consultatie met gedragswetenschappers zijn er teamverschillen voor alle kerncomponenten behalve *informatie verzamelen* ($p=.28$), wat aangeeft dat alleen de kerncomponent informatie verzamelen bij alle teams ongeveer even vaak werd besproken.

Uit een gepaarde t-toets blijkt dat er ook significante verschillen zijn in de mate waarin de kerncomponenten gemiddeld aan bod komen in feedbackmomenten met leidinggevende ofwel gedragswetenschapper, zoals in de laatste kolom van tabel 8.9 staat weergegeven. Dit geeft aan dat sommige kerncomponenten vaker door leidinggevend dan door gedragswetenschappers worden besproken en vice versa. Zo worden de kerncomponenten *analyseren* en *doelen stellen* vaker door gedragswetenschappers besproken met de hulpverleners. De kerncomponent *reflecteren* en in minder sterke mate (net niet significant) de kerncomponenten *gestructureerd werken* en *regie voeren* worden vaker door leidinggevend besproken met hulpverleners.

Zoals in de methodesectie beschreven is, is bepaald of er sprake is van een *mismatch* tussen de competenties van hulpverleners en de besproken kerncomponenten gedurende de feedbackmomenten. Per kerncomponent ($n=11$) kan er bij alle hulpverleners ($n=55$) sprake zijn van een mismatch tussen de competentie en het feedbackmoment. Een mismatch komt echter niet vaak voor. Het blijkt dat er bij elke kerncomponent steeds bij 1 tot 7 hulpverleners van de in totaal 55 hulpverleners een mismatch is. Verder blijkt dat er bij 15 hulpverleners een mismatch is op één of meerdere kerncomponenten en bij 40 hulpverleners is er op geen enkele kerncomponent sprake van een mismatch.

Wat betreft de *kwaliteit van de feedback* blijkt dat hulpverleners deze momenten met leidinggevend en gedragswetenschappers over het algemeen hoog waarderen (respectievelijk $m=84.03$, $sd=9.68$ en $m=85.98$, $sd=8.96$ op een schaal van 1-100). Er zijn geen significante verschillen in waardering tussen de teams en ook niet in waardering tussen

feedbackmomenten met leidinggevend en of gedragswetenschappers. De waardering van de feedbackmomenten van leidinggevend en en gedragswetenschappers correleren hoog met elkaar ($r=.71$). In verdere analyses worden deze twee variabelen samengenomen tot één variabele, namelijk *kwaliteit van de feedback*.

3. Resultatenbesprekingen in teams

De organisatie is er niet in geslaagd om resultatenbesprekingen in te bedden tijdens het implementatieproces. Er zijn wel pogingen gedaan om de verschillen voor bijvoorbeeld problematiek en competenties bij cliënten te bespreken in teamverband, maar het is niet gelukt om dit binnen het tijdsbestek van het onderzoek structureel in te voeren. De technische ondersteuning (ICT systeem) functioneerde gedurende het onderzoek niet voldoende om resultaten snel terug te koppelen. Bovendien was de respons op vragenlijsten over het algemeen laag waardoor resultaten met onvoldoende betrouwbaarheid en zeggingskracht teruggekoppeld konden worden aan teams of individuele hulpverleners.

8.3.2 Uitvoering interventie en resultaten bij cliënten

In dit tweede deel van de resultatensectie staat de eerste onderzoeksvraag centraal, namelijk in hoeverre variatie in de resultaten van de hulp (doelrealisatie, problemafname, competentievergroting, cliënttevredenheid) voorspeld wordt door variatie in de uitvoering van de interventie (inzet kerncomponenten, hulp volgens indicatoren). De inzet van de kerncomponenten tijdens het hulpverleningstraject en de mate waarin de hulp volgens indicatoren in de methodiekbeschrijving is uitgevoerd zijn dan ook de belangrijkste voorspellers. Daarnaast is de vraag in hoeverre het verband tussen de uitvoering en de resultaten beïnvloed wordt door kenmerken van de cliënt (sekse, leeftijd, culturele achtergrond, gezinssamenstelling, problematiek bij aanvang en type hulpvraag) en kenmerken van de hulpverleners (sekse, leeftijd, opleiding, werkervaring, veranderingsbereidheid en competenties).

Multilevel analyse en multiple hiërarchische regressie analyse

Met behulp van multilevel analyse (Goldstein, 1995) is onderzocht of de uitvoering van de interventie van invloed is op de resultaten bij cliënten. In de onderzoeksgroep is sprake van geneste data, omdat elke hulpverlener de interventie heeft uitgevoerd bij meerdere cliënten. Dit betekent dat zowel de individuele cliënt als de hulpverlener van invloed kan zijn op de

resultaten. Met behulp van multilevel analyses is het mogelijk om een onderscheid te maken tussen effecten op cliëntniveau en effecten op hulpverlenerniveau. Een effect op hulpverlenerniveau impliceert dat hulpverleningstrajecten die door één hulpverlener zijn uitgevoerd meer met elkaar gemeen hebben dan trajecten die door andere hulpverleners zijn uitgevoerd.

Bij de multilevel analyses werd een stapsgewijze aanpak gehanteerd naar een model waarmee de relatie tussen de uitvoering van de hulp en de resultaten voor cliënten het beste verklaard kan worden. Die stapsgewijze aanpak bestaat uit een *nulmodel* en een *verklarend model* met voorspellers.

In eerste instantie is per uitkomstmaat (doelrealisatie, probleemafname, competentievergroting, cliënttevredenheid) een zogenaamd *nulmodel* gecreëerd. Dit is een model zonder voorspellers, waardoor zichtbaar wordt in hoeverre verschillen in de uitkomstmaat toe te schrijven zijn aan het cliëntniveau of aan het hulpverlenerniveau.

Als het nulmodel laat zien dat er *een significant hulpverlenereffect* is, is het de vraag welke onafhankelijke variabelen op het niveau van de hulpverlener de verschillen tussen hulpverleners verklaren. In deze studie zijn de kenmerken van de hulpverlener en kenmerken van de implementatie onafhankelijke variabelen op het hulpverlenerniveau. Met behulp van die variabelen zullen we hulpverlenereffecten proberen te verklaren. Daarnaast proberen we verschillen op het cliëntniveau te verklaren middels kenmerken van de cliënt. Het toevoegen van voorspellers gebeurde in een hiërarchische volgorde: in de eerste stap werd de belangrijkste voorspeller vanuit de hypothese toegevoegd, namelijk uitvoering van de kerncomponenten en hulp volgens indicatoren uit de methodiekbeschrijving. In stap 2 werden kenmerken van de cliënt toegevoegd: sekse, leeftijd, culturele achtergrond, gezinssamenstelling, problematiek jeugdige, competentie ouders, type hulpvraag. Vervolgens werden in stap 3 de kenmerken van de hulpverlener toegevoegd: sekse, leeftijd, werkervaring, opleiding, veranderingsbereidheid en competenties. Tot slot in stap 4 de kenmerken van de implementatie: kwaliteit training, kwaliteit feedback, mismatch tussen de feedback en competenties. Wanneer het toevoegen van variabelen geen verbetering van het model opleverde, werden de variabelen verwijderd en kwamen deze niet terecht in het uiteindelijke *verklarende model*.

Wanneer het nulmodel liet zien dat er *geen significant hulpverlenereffect* was, zijn verdere analyses met multiple hiërarchische regressieanalyse uitgevoerd. Bij deze regressie analyses werd in eerste instantie bekeken welke invloed de belangrijkste voorspeller had op de uitkomstmaat.

De belangrijkste voorspellers zijn steeds weergegeven in het uiteindelijke regressiemodel, al dan niet als significante voorspeller. Vervolgens zijn stapsgewijs andere verklarende factoren toegevoegd, in dezelfde volgorde als bij de multilevel analyse. Wanneer toevoegen van deze variabelen geen verbetering opleverde, werden de variabelen verwijderd en kwamen deze niet terecht in het uiteindelijke *verklarende model*.

Voor de hieronder gepresenteerde resultaten per uitkomstmaat gelden steeds andere groottes van de onderzoeksgroep (cliënten en hulpverleners). Dit heeft te maken met non-respons op een aantal variabelen. De analyses zijn met ‘pairwise deletion’ uitgevoerd, waardoor in de analyses alleen cliënttrajecten meegenomen zijn waarbij op alle variabelen gegevens beschikbaar waren. Er is geen gebruik gemaakt van ‘meansubstitution’, omdat bij controle bleek dat deze manier van analyseren beduidend andere resultaten gaf; een aantal voorspellers bleken bij deze methode wel significant, terwijl ze met de conservatievere methode ‘pairwise deletion’ geen significante bijdrage leverden.

Uitkomstmaat doelrealisatie

Uit het nulmodel, gepresenteerd in tabel 8.10, kan worden opgemaakt dat verschillen in de uitkomstmaat *doelrealisatie* voor 80% zijn toe te schrijven aan verschillen tussen cliënten en voor 20% aan verschillen tussen hulpverleners. Het hulpverlenereffect is significant. Om verschillen tussen hulpverleners en tussen cliënten te verklaren, zijn voorspellers op cliënt- en hulpverlenerniveau toegevoegd. Het verklarend model is een significante verbetering ten opzichte van het nulmodel ($X^2(6)=30.47, p<.001$). De voorspellers verklaren in totaal 22% van de verschillen in doelrealisatie, 14% op cliëntniveau en 8% op hulpverlenerniveau.

De interesse bij de uitkomstmaat doelrealisatie ging vooral uit naar de voorspellende waarde van de ‘harde’ en ‘zachte’ maat voor het uitvoeren van de methodiek op de mate van doelrealisatie. Met de harde kant wordt bedoeld of de hulp volgens indicatoren uit de methodiekbeschrijving is uitgevoerd en met de zachte kant of de kerncomponenten zijn uitgevoerd. Hiervoor zijn steeds twee voorspellers gebruikt, namelijk een gemiddelde en een deviatiescore. Als voorbeeld de twee voorspellers voor de kerncomponenten:

1. de mate waarin een hulpverlener gemiddeld – over alle cliënttrajecten heen – de kerncomponenten van de methodiek inzet (uitvoering kerncomponenten gemiddeld),
2. de mate waarin een hulpverlener bij een specifieke cliënt afwijkt van zijn gemiddelde uitvoering van de kerncomponenten (uitvoering kerncomponenten deviatie)

De gemiddelde score is een variabele op het niveau van de hulpverlener, de deviatiescore is een variabele op het niveau van de cliënt.

Tabel 8.10 *Multilevel model voor doelrealisatie (n=207 cliënten, n= 50 hulpverleners)*

	Nulmodel		Verklarend model		<i>b</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Cliëntniveau</i>							
- uitvoering kerncomponenten (deviatie)					.29	4.84	.00
- leeftijd cliënt					-.14	-2.16	.03
- problemen bij aanvang vlgns ouder					-.15	-2.56	.01
- competenties ouder bij aanvang					.12	2.01	.05
<i>Hulpverlenerniveau</i>							
- uitvoering kerncomponenten (gemiddeld)					.23	3.06	.00
- ervaring jeugdzorg					-.28	-3.61	.00
Variantie							
- cliëntniveau	.762	80%	.626				
- hulpverlenerniveau	.194	20%	.122				
Verklaarde variantie							
- cliëntniveau				14%			
- hulpverlenerniveau				8%			
Deviantie	568.82		538.353				
X ²			30.47*				

Noot * $p < .001$

Het blijkt dat de *uitvoering van de kerncomponenten*³¹ zowel op individueel als op hulpverlenerniveau een voorspellende waarde heeft voor de mate waarin doelen behaald worden (met respectievelijke beta's van .29 en .23). Wanneer de hulpverlener de kerncomponenten gemiddeld meer uitvoert dan collega hulpverleners, zorgt dit voor meer gerealiseerde doelen.

De uitvoering van kerncomponenten door de hulpverlener verschilt echter niet alleen tussen hulpverleners, maar deze uitvoering verschilt ook per cliënttraject. Uit het model blijkt dat hoe de hulpverlener de kerncomponenten per cliënt uitvoert, gerelateerd is aan de mate van doelrealisatie: meer uitvoeren van de kerncomponenten in een individueel traject zorgt voor

³¹ Het kerncomponent 'netwerk betrekken' werd apart toegevoegd als voorspeller, maar had geen significante bijdrage.

een hogere mate van doelrealisatie.

De mate waarin de hulpverlener de hulp *uitvoert volgens 'harde' indicatoren uit de methodiekb beschrijving* is geen significante voorspeller voor doelrealisatie en deze variabele is daarom geen onderdeel van het verklarende model.

Op cliëntniveau zijn – naast de uitvoering van de kerncomponenten – nog drie significante voorspellers toegevoegd aan het verklarend model: de leeftijd van de jeugdige, de problematiek van jeugdige en de competenties van ouders bij aanvang van de hulp. Bij oudere cliënten worden minder doelen behaald ($b=-.14$), meer problemen bij aanvang voorspellen minder doelrealisatie ($b=-.15$), meer competenties bij ouders bij aanvang voorspellen meer doelrealisatie ($b=.12$).

Op hulpverlenerniveau is – naast de uitvoering van kerncompetenties – de ervaring van hulpverleners in de jeugdzorg een significante voorspeller voor de mate van doelrealisatie. In trajecten waarbij hulpverleners met meer ervaring in de jeugdzorg betrokken zijn, worden de doelen in mindere mate behaald ($b=-.28$).

Kenmerken van de implementatie zijn in dit model geen significante voorspeller voor doelrealisatie.

Uitkomstmaat probleemafname

Uit het nulmodel voor probleemafname blijkt dat er geen significante hulpverlener effecten zijn voor de uitkomstmaten *probleemafname volgens jeugdigen*, *probleemafname volgens ouders* en *probleemafname volgens hulpverleners*. Verschillen in probleemafname zijn voor 100% zijn toe te schrijven aan verschillen tussen cliënten en niet aan verschillen tussen hulpverleners. Om de verschillen tussen cliënten te verklaren zijn multiple hiërarchische regressie analyses uitgevoerd.

Zoals in tabel 8.11 en 8.12 te zien is, blijkt dat de uitvoering van kerncomponenten³² en de uitvoering van de hulp volgens indicatoren uit de methodiekb beschrijving geen significante voorspeller is voor *probleemafname volgens jeugdige* en voor *probleemafname volgens ouders*. Van alle voorspellers op cliëntniveau blijkt dat vooral de problemen bij aanvang een sterke significante voorspeller zijn voor de probleemafname aan het einde van de hulp (beta's respectievelijk .45 en .42).

³² Het kerncomponent 'netwerk betrekken' werd apart toegevoegd als voorspeller, maar had geen significante bijdrage.

Tabel 8.11 *Regressie model voor problemafname volgens jeugdigen (n=66 cliënten)*

Voorspellers	<i>R</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>FCh</i>	b	t	p
Uitvoering van kerncomponenten	.035	.001	.001	.081	.007	.063	.950
Uitvoering volgens indicatoren methodiek	.054	.003	.002	.106	-.033	-.291	.772
Problemen van jeugdige bij aanvang volgens jeugdige	.452	.204	.202	16.043	.451	4.01	.000

Noot oplossing regressiemodel $F(3;63)=5.42, p<.01$

Tabel 8.12 *Regressie model voor problemafname volgens ouders (n=76 cliënten)*

Voorspellers	<i>R</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>FCh</i>	b	t	p
Uitvoering van kerncomponenten	.126	.016	.016	1.213	.168	1.570	.121
Uitvoering volgens indicatoren methodiek	.176	.031	.015	1.153	-.108	1.008	.317
Problemen van jeugdige bij aanvang volgens ouders	.451	.203	.172	15.763	.420	3.970	.000

Noot oplossing regressiemodel $F(3;73)=6.20, p<.01$

Tabel 8.13 *Regressie model voor problemafname volgens hulpverleners (n=88 cliënten)*

Voorspellers	<i>R</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>FCh</i>	b	t	p
Uitvoering van kerncomponenten	.260	.068	.068	6.311	.240	2.493	.015
Uitvoering volgens indicatoren methodiek	.279	.078	.010	.951	.118	1.230	.222
Problemen van jeugdige bij aanvang volgens hulpvl	.496	.233	.165	18.532	.407	4.360	.000

Noot oplossing regressiemodel $F(3;85)=9.26, p<.00$

Voor *problemafname volgens hulpverleners* is de uitvoering van de kerncomponenten³³ wel een significante voorspeller, de uitvoering volgens indicatoren uit de methodiekbeschrijving niet, zie tabel 8.13. De uitvoering van de kerncomponenten gedurende de hulp verklaart bijna 7% van de verschillen in problemafname ($b=.26$), de beoordeling van problemen bij aanvang volgens de hulpverlener verklaart daar bovenop nog eens bijna 17% van de verschillen ($b=.41$). Samen voorspellen deze variabelen 23% van de verschillen in problemafname, gerapporteerd door hulpverleners.

³³ Het kerncomponent 'netwerk betrekken' werd apart toegevoegd als voorspeller, maar had geen significante bijdrage.

Uitkomstmaat competentietoename

Uit het nulmodel van de multilevel analyse blijkt dat verschillen in de uitkomstmaat *competentievergroting* voor 90% zijn toe te schrijven aan verschillen tussen cliënten en voor 10% aan verschillen tussen hulpverleners. Dit hulpverlenereffect is echter niet significant. Om de verschillen tussen cliënten te verklaren is een multiple hiërarchische regressie analyse uitgevoerd.

Uit tabel 8.14 blijkt dat de uitvoering van de kerncomponenten³⁴ gedurende de hulp net geen significante bijdrage levert aan de verschillen tussen cliënten op de uitkomstmaat competentietoename. We signaleren dit als trend ($b=.22$, $p=.07$). De mate waarin de uitvoering van de hulp overeenkomt met indicatoren uit de methodiekbeschrijving is geen significante voorspeller voor competentietoename. Op cliëntniveau is de competentie van ouders bij aanvang een sterke significante voorspeller voor de competentievergroting gedurende de hulp. Hoe hoger de competentie bij aanvang, hoe geringer de competentietoename gedurende de hulp is ($b=-.60$); de competentie bij aanvang verklaart 41% van de verschillen in competentietoename.

Tabel 8.14 *Regressie model voor competentietoename (n=72 cliënten)*

Voorspellers	<i>R</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>FCh</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Uitvoering van kerncomponenten	.215	.046	.046	3.395	.215	1.842	.070
Uitvoering volgens indicatoren methodiek	.216	.047	.000	.022	.082	.860	.393
Competentie bij aanvang van de hulp	.645	.416	.369	42.390	-.604	-6.511	.000

Noot oplossing regressiemodel $F(3;68)=16.12$, $p<.00$

Uitkomstmaat cliënttevredenheid

Uit het nulmodel van de multilevel analyse voor cliënttevredenheid blijkt dat verschillen in deze uitkomstmaat voor 93% zijn toe te schrijven aan het cliëntniveau en voor 7% aan het hulpverlenerniveau. Het hulpverlenerverskil is niet significant. Uit de multiple hiërarchische regressie kwamen geen significante voorspellers naar voren voor de verschillen in cliënttevredenheid tussen cliënten.

³⁴ De kerncomponent 'netwerk betrekken' werd apart toegevoegd als voorspeller, maar had geen significante bijdrage.

8.3.3 Implementatie als voorspeller van uitvoering hulp en resultaten cliënt

Met de hierna volgende resultaten behandelen we de onderzoeksvragen 2 en 3: in hoeverre de implementatie van invloed is op enerzijds de uitvoering van de hulp en anderzijds op de resultaten van de hulp. De inzet van kerncomponenten en de mate waarin de hulp volgens indicatoren uit de methodiekbeschrijving is uitgevoerd zijn de uitkomstmaten als het gaat om de uitvoering van de hulp. Doelrealisatie, problemafname, competentievergroting en cliënttevredenheid zijn uitkomstmaten als het gaat om de resultaten van de hulp.

Multilevel analyse en multiple hiërarchische regressie analyse

Met behulp van multilevel analyses is bekeken in hoeverre er effecten op cliëntniveau of hulpverlenerniveau waren. Ongeacht of er een significant hulpverlenereffect gevonden wordt, zijn verdere analyses op het niveau van de hulpverlener uitgevoerd, met behulp van multiple hiërarchische regressie analyse. Er is hiervoor gekozen vanwege de hoeveelheid ontbrekende gegevens op zowel hulpverlener- als cliëntniveau³⁵.

Om de multiple regressie analyses op één niveau met voldoende power te kunnen uitvoeren, wordt gebruik gemaakt van ‘meansubstitution’ om ontbrekende gegevens te schatten. De analyses zijn gecontroleerd door dezelfde analyses bij minder respondenten uit te voeren zonder meansubstitution toe te passen; daar komen vergelijkbare resultaten uit naar voren.

De voorspellers zijn in hiërarchische volgorde toegevoegd. Allereerst zijn in stap 1 alle variabelen met betrekking tot de implementatie toegevoegd als belangrijkste voorspellers, Deze zijn ook, ongeacht of ze een significante bijdrage leveren, onderdeel van het verklarend model. Vervolgens zijn in stap 2 de kenmerken van de hulpverlener toegevoegd in de volgorde: stap 2a: sekse en leeftijd; stap 2b: ervaring in jeugdzorg en ambulant; stap 2c: opleiding; stap 2d: veranderingsbereidheid en tot slot stap 2e: competenties van hulpverleners.

Uitkomstmaat uitvoering kerncomponenten gedurende de hulp

Uit het nulmodel van de multilevel analyse naar de *uitvoering van kerncomponenten* blijkt dat verschillen in de uitvoering voor 55% zijn toe te schrijven aan verschillen tussen cliënten en voor 44% aan verschillen tussen hulpverleners. De verschillen tussen hulpverleners zijn

³⁵ Zie bijvoorbeeld tabel 8.6: gegevens over competenties zijn voor 45% van de hulpverleners beschikbaar, waardoor ook slechts 45% van de cliënten in de analyses meegenomen worden. Daarnaast is er ook op cliëntniveau sprake van missende gegevens (respons op uitkomstmaten is grofweg 60%), waarmee het uiteindelijke aantal cliënten in de analyse op iets meer dan een kwart van de totale onderzoeksgroep uitkomt (60% van 45% is 27%).

significant.

Verdere analyses worden – ondanks het significante hulpverlenereffect – uitgevoerd op één niveau. Met behulp van multiple hiërarchische regressie wordt bekeken welke voorspellers de gemiddelde uitvoering van kerncomponenten van een hulpverlener kunnen verklaren.

Tabel 8.15 *Regressie model voor uitvoering van kerncomponenten (n=55 hulpverleners)*

Voorspellers	<i>R</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>FCh</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Kenmerken van de implementatie							
- kwaliteit training	.202	.041	.041	2.29	-.175	-1.67	.101
- kwaliteit feedback	.615	.378	.337	28.73	.546	5.22	.000
- mismatch competenties-feedback LG	.663	.440	.062	5.78	-.144	-1.24	.221
- mismatch competenties-feedback GW	.669	.447	.007	.67	-.048	-.44	.661
Kenmerken van hulpverleners							
- competenties	.693	.481	.034	3.23	.215	1.80	.078

Noot oplossing regressiemodel $F(5;50)=9.27, p<.00$

Het regressiemodel in tabel 8.15 laat zien dat van de kenmerken van de implementatie alleen de kwaliteit van de feedback een significante voorspeller is ($p<.000$) en de kwaliteit van de training een bijna significante voorspeller ($p=.10$). Hoe hoger de hulpverleners de feedback van leidinggevenden en gedragswetenschappers waarderen, hoe meer zij de kerncomponenten gedurende de hulp inzetten ($b=.55$). Bij de kwaliteit van de training is het zo dat hoe lager de training wordt gewaardeerd door de hulpverleners, hoe meer zij de kerncomponenten uitvoeren ($b=-.18$). De andere variabelen met betrekking tot de implementatie voegen geen voorspellende waarde toe aan het model. Van de kenmerken van de hulpverleners is de competentie van hulpverleners voorafgaand aan de implementatie een significante voorspeller voor de mate waarin zij de kerncomponenten inzetten gedurende de hulp ($b=.22$). In totaal verklaart het model 48% van de variantie in de uitvoering van kerncomponenten door hulpverleners.

Uitkomstmaat indicatoren uit de methodiekbeschrijving

Uit het nulmodel van de multilevel analyse naar de *indicatoren uit de methodieke* blijkt dat verschillen in die uitvoering voor 74% zijn toe te schrijven aan verschillen tussen cliënten en voor 26% aan verschillen tussen hulpverleners. Dit hulpverlenereffect is significant. Omdat de voorspellers op hulpverlenerniveau voor te weinig hulpverleners beschikbaar zijn om een betrouwbare multilevel analyse uit te voeren, worden verdere analyses uitgevoerd op één

niveau; namelijk dat van de hulpverlener. Er wordt bekeken welke voorspellers de gemiddelde uitvoering van een hulpverlener volgens indicatoren uit de methodiekbeschrijving kunnen verklaren.

Tabel 8.16 *Regressie model voor uitvoering volgens indicatoren (n=55 hulpverleners)*

Voorspellers	R	R²	Δ R²	FCh	b	t	p
Kenmerken van de implementatie							
- kwaliteit training	.036	.001	.001	.068	.045	.359	.721
- kwaliteit feedback	.335	.112	.111	6.611	.491	3.700	.001
- mismatch competenties-feedback LG	.347	.120	.008	.496	-.185	-1.437	.157
- mismatch competenties-feedback GW	.362	.131	.010	.606	.195	1.502	.140
Kenmerken van hulpverleners							
- ervaring in jeugdzorg	.426	.182	.051	3.115	-.218	-1.759	.085
- veranderingsbereidheid	.521	.271	.089	6.006	.330	2.451	.018

Noot oplossing regressiemodel $F(6;49)=3.04$, $p=.02$

Het regressiemodel in tabel 8.16 laat zien dat, van de kenmerken van de implementatie, alleen de kwaliteit van de feedback een significante voorspeller is ($p<.01$). Hoe positiever de hulpverleners de feedback met leidinggevend en gedragswetenschappers waarderen, hoe meer zij de hulp uitvoeren volgens de indicatoren uit de methodiekbeschrijving ($b=.49$). De andere variabelen met betrekking tot de kenmerken van de implementatie voegen geen voorspellende waarde toe aan het model. Van de kenmerken van de hulpverleners is de veranderingsbereidheid van hulpverleners voorafgaand aan de implementatie een significante voorspeller voor de mate waarin zij de hulp uitvoeren volgens de indicatoren uit de methodiekbeschrijving ($b=.33$). Hoe hoger de veranderingsbereidheid, hoe meer ze de hulp volgens de indicatoren uitvoeren. Daarnaast is de ervaring in de jeugdzorg een bijna significante ($p=.09$) negatieve voorspeller: hoe meer werkervaring in de jeugdzorg, hoe minder zij werken volgens de indicatoren in de methodiekbeschrijving ($b=-.22$). In totaal verklaart het model 27% van de variantie in de uitvoering volgens indicatoren uit de methodiekbeschrijving door hulpverleners.

Uitkomstmaat doelrealisatie, probleemafname, competentietoename en cliënttevredenheid

Zoals gebleken uit eerdere multilevel analyse naar de uitkomstmaat *doelrealisatie*, blijkt dat verschillen in doelrealisatie voor 80% zijn toe te schrijven aan verschillen tussen cliënten en voor 20% aan verschillen tussen hulpverleners. Dit hulpverlenereffect is significant. In de

multilevel analyses waren de kenmerken van de implementatie geen significante voorspeller voor de mate waarin doelen bij cliënten gerealiseerd werden.

Met behulp van multiple hiërarchische regressie kunnen we nog bekijken in hoeverre de kenmerken van de implementatie samenhangt met de mate waarin bij de hulpverlener *gemiddeld* de doelen behaald worden. We kijken nu dus niet naar het cliëntniveau, maar naar de gemiddelde realisatie van doelen bij verschillende cliënten van één hulpverlener. Ook uit deze analyse blijkt dat de kenmerken van de implementatie geen significante voorspeller vormen voor de mate waarin gemiddeld per hulpverlener de doelen worden behaald.

Voor de uitkomstmaten *probleemafname*, *competentietoename* en *cliënttevredenheid* bleek uit de multilevel analyses al dat er geen significant effect was op het niveau van de hulpverlener. De kenmerken van de implementatie zijn gemeten op het niveau van de hulpverlener en dragen dus niet significant bij aan de uitkomstmaten. Multiple hiërarchische regressie analyses met de kenmerken van de implementatie als voorspeller voor de gemiddelde mate van probleemafname, competentietoename en cliënttevredenheid bevestigen dit: er zijn geen significante voorspellers gevonden.

8.4 Discussie

Het doel van deze studie bij Jeugdformaat is tweeledig. Enerzijds het proces van implementeren van een interventie in de jeugdzorg inzichtelijk maken. Anderzijds de hypothesen toetsen dat 1) een goede uitvoering van de hulp bijdraagt aan goede resultaten voor de cliënt en 2) dat een goede implementatie bijdraagt aan een goede uitvoer van de interventie en 3) dat een goede implementatie bijdraagt aan goede resultaten voor de cliënt.

Om het eerste doel te bereiken is in dit hoofdstuk een beschrijving van het implementatieproces gegeven. Dit heeft inzicht gegeven in het verloop van de implementatie van de Methodiek Ambulante Hulp bij Jeugdformaat: in hoeverre is er volgens de interventie gewerkt, welke resultaten zijn er geboekt en hoe zijn de betrokken cliënten en hulpverleners te kenmerken. Ten behoeve van het tweede doel zijn statistische modellen gepresenteerd waarmee hypothesen getoetst zijn.

In deze discussieparagraaf reflecteren we op het onderzoek bij Jeugdformaat. Eerst komt het implementatieproces met de belangrijkste bevindingen en de reflectie daarop aan bod. Ten tweede formuleren we een antwoord op de hypothesen die aan het begin van het hoofdstuk gesteld zijn. Ten derde geven we aan wat de implicaties zijn voor de Methodiek Ambulante Hulp. Tot slot staan we stil bij de beperkingen van dit onderzoek.

Bij het lezen van dit discussiedeel is het van belang vooraf op te merken dat de bevindingen steeds statistisch verklaarde variantie betreffen en daarom geen causale interpretaties toelaten.

8.4.1 Verloop implementatieproces

In dit hoofdstuk hebben we resultaten gepresenteerd, behorende bij de vragen: *(1) Welke doelgroep is bereikt? (2) Is de interventie integer uitgevoerd? (3) Welke resultaten zijn behaald bij cliënten? (4) Welke hulpverleners voerden de interventie uit? (5) Hoe zijn de geplande implementatieactiviteiten ingezet?*

De gepresenteerde resultaten leiden tot drie conclusies. Ten eerste blijkt dat de implementatieactiviteiten zoals deze gepland waren gedeeltelijk hebben plaatsgevonden. Ten tweede blijkt dat de uitvoering van de interventie globaal volgens de methodiek is verlopen, maar dat dit op onderdelen onvoldoende gebeurd is en dat de uitvoer veel variatie kent. Ten derde laten de gegevens zien dat zowel de resultaten voor cliënten als de bereikte cliënten (de doelgroep) en de betrokken hulpverleners vergelijkbaar zijn met organisatiebrede resultaten, kenmerken van cliënten en kenmerken van hulpverleners. In de navolgende tekst gaan we hier uitgebreider op in.

De implementatieactiviteiten hebben gedeeltelijk plaatsgevonden

Het implementatieplan voor de Methodiek Ambulante Hulp bestond uit drie activiteiten: trainingen, feedback en resultatenbesprekingen. Twee van de drie geplande implementatieactiviteiten hebben daadwerkelijk plaatsgevonden.

Ten eerste hebben er *trainingen* plaatsgevonden, waarin aandacht was voor methodisch werken in het algemeen en voor specifieke thema's die naar aanleiding van de bespreking van competenties van de hulpverleners naar voren waren gekomen.

- De trainingen zijn over het algemeen positief beoordeeld door de deelnemende hulpverleners.
- Uit de evaluatie van de trainingen kwam een opvallend punt naar voren: het bleek dat hoe hoger de score voor de sfeer, de trainer en de training als geheel, hoe lager de score voor de methodische kant van de training (en vice versa). Als we dit negatief uitleggen zou dit kunnen betekenen dat professionals niets willen leren over de interventie tijdens een training en het vooral 'gezellig' willen hebben. Dat zou geen goede zaak zijn, want dan zouden zij niet aan de methodiek toe komen. Een alternatieve verklaring is dat professionals liever niet willen leren over *deze specifieke interventie*, bijvoorbeeld omdat zij reeds bekend zijn met de methodische aspecten van de interventie. Het is mogelijk dat zij de training vooral waarderen wanneer de trainer ruimte biedt voor andere onderwerpen.

Hoe dan ook is het verwonderlijk dat de training hoger gewaardeerd wordt als het minder gaat over methodische aspecten.

Ten tweede hebben er *feedbackmomenten met leidinggevend en gedragswetenschappers* plaatsgevonden in de vorm van werkbegeleiding en consultatie. Tijdens die momenten is bijgehouden in hoeverre de kerncomponenten uit de methodiek aan bod zijn gekomen.

- Er zijn veel verschillen per team in de mate waarin de kerncomponenten besproken zijn, zowel bij leidinggevenden als bij gedragswetenschappers. Een verklaring hiervoor is dat er weinig eenduidig gewerkt wordt in de begeleiding aan hulpverleners en dat elk team en elke leidinggevende of gedragswetenschapper zijn eigen favorieten en blinde vlekken heeft: kerncomponenten die vaak of minder vaak worden besproken.

Een andere verklaring is dat de teams verschillen in competenties op de uiteenlopende aspecten van de methodiek en daarom andere feedback nodig

hebben van hun leidinggevend en gedragswetenschappers. Deze verklaring houdt echter geen stand, aangezien we in dit hoofdstuk reeds constateerden dat aspecten waar hulpverleners het minst competent in zijn, zoals het netwerk betrekken en gestructureerd werken, relatief weinig aan bod komen in de werkbegeleiding. Dit is een belangrijke bevinding en hier komen we later nog op terug.

- Over de feedbackmomenten kunnen we verder nog concluderen dat er verschillen zijn in feedback tussen leidinggevend en gedragswetenschappers. Leidinggevend besteden meer aandacht aan het voeren van regie over een hulpverleningstraject en het reflecteren op het traject, terwijl gedragswetenschappers meer stilstaan bij het analyseren van informatie en het stellen van goede hulpverleningsdoelen.

Een verklaring hiervoor ligt bij een taakverdeling tussen de twee typen begeleiders. Leidinggevend sturen meer op de organisatorische kant van de hulpverlening en zijn verantwoordelijk voor het functioneren en de persoonlijke ontwikkeling van hulpverleners. De gedragswetenschappers begeleiden vooral op de inhoudelijke kant van het hulpverlenen, zoals op een goede probleemanalyse aan de start van de hulp. Bovenstaande laat zien dat de twee typen begeleiders van ambulante hulpverleners in een jeugdhulpteam elkaar goed aanvullen.

Al met al concluderen we dat de feedback van leidinggevend en gedragswetenschappers, alhoewel op hoofdlijnen aanvullend aan elkaar, erg verschillend is per team en dat er cruciale aspecten van de methodiek te weinig besproken worden.

Tot slot de *resultatenbesprekingen*, die waren bedoeld om op individueel- en teamniveau feedback te verzorgen aan hulpverleners over de uitvoering en uitkomsten van de interventie. Deze zijn niet van de grond gekomen, waardoor er geen PDSA cyclus op gang is gekomen.

- Gedurende de periode van de studie is geen gebruik gemaakt van kwantitatieve gegevens om te reflecteren op de Methodiek Ambulante Hulp en om de uitvoering van de interventie te optimaliseren. Dit is een gemiste kans voor het integer uitvoeren van de interventie. Een voorbeeld: achteraf kunnen we concluderen dat *'het netwerk betrekken'* voor de meeste hulpverleners een ingewikkeld aspect van de hulpverlening is. Wanneer dit gedurende de uitvoering meteen duidelijk was geworden, was het mogelijk geweest om hier tijdens

begeleidingsmomenten of in teamverband meer aandacht aan te besteden. Nu is het *netwerk betrekken* weinig ingezet en mogelijk heeft dit de resultaten van de hulp bij cliënten gedrukt.

Naast de geplande activiteiten zijn '*overige activiteiten*' ingezet in de verschillende teams, zoals thema- en casuïstiekbesprekingen. Deze activiteiten zijn niet gestructureerd in kaart gebracht, waardoor de samenhang van deze activiteiten met de uitvoering van de methodiek en de resultaten voor cliënten niet onderzocht kon worden. Het is echter goed mogelijk dat zij wel hebben bijgedragen aan een goede uitvoering en uitkomsten van de interventie.

Uitvoer interventie is globaal volgens de methodiek

Wat betreft de uitvoering van de interventie – de implementatie in enge zin – concluderen we ten eerste dat de Methodiek Ambulante Hulp *globaal* wordt uitgevoerd zoals bedoeld.

- De kerncomponenten worden volgens hulpverleners *gemiddeld* voldoende ingezet, er is in de meeste trajecten sprake van een duidelijke fasering en er worden instrumenten, middelen en technieken ingezet om aan de doelen van cliënten te werken.
- Een kritische kanttekening hierbij is dat dit slechts een gemiddelde is en dat het per traject enorm kan verschillen hoe de hulpverlening eruit ziet. Zo duurt een traject *gemiddeld* 7 maanden, maar dit varieert tussen de onderzochte trajecten van 2 tot 17 maanden. Ook de inzet van de kerncomponenten van de methode varieert per hulpverlener. Die spreiding laat zien dat de interventie *niet eenduidig* wordt uitgevoerd.

De vraag is of de afwijking van de methodiekbeschrijving bijdraagt aan het behalen van resultaten voor de cliënt. Is de afwijking van het gemiddelde een bewuste keuze om met de betreffende cliënt tot goede resultaten te komen? Of is de afwijking van het gemiddelde een toevalligheid, ingegeven door kenmerken van de cliënt of de hulpverlener? In het laatste geval is het voor cliënten nogal afhankelijk van toevalligheden: welke type interventie zij krijgen en mogelijk ook welke resultaten geboekt worden. We vermoeden dat de afwijking sterk gerelateerd is aan kenmerken van de cliënt en de hulpverlener en niet direct bijdraagt aan betere resultaten. Dat is zeer onwenselijk, omdat de cliënt overgeleverd is aan toevalligheden en niet kan vertrouwen op kwaliteit.

Kortom, alhoewel de methodiek globaal wordt uitgevoerd zoals bedoeld, is er veel variatie in

de uitvoering tussen hulpverleners en is de uitvoering over het algemeen niet eenduidig.

Een tweede opvallende constatering is dat het accent van de hulpverlening vooral lijkt te liggen op relatievorming en gesprekstechnieken en minder op het betrekken van het netwerk van een gezin en het werken aan verandering. En dat terwijl we uit onderzoek weten dat gezinnen met complexe problematiek baat hebben bij het activeren van het sociale netwerk en bij het werken aan concrete doelen, zodat het gezin weer greep krijgt op hun eigen leven (Harnett & Dawe, 2008; Van der Steege, 2009).

- Als we kijken naar 1) de competenties van hulpverleners, 2) de feedback van begeleiders en 3) de uitvoering van de hulp, dan zien we dat overwegend dezelfde sterke en zwakke punten naar voren komen. Sterke, veelbesproken en veel uitgevoerde aspecten zijn *informatie verzamelen, werkerelatie aangaan* en *gesprekstechnieken*. Zwakke, minder besproken en minder uitgevoerde aspecten zijn het *netwerk betrekken, gestructureerd werken* en *tot verandering komen*.
- Als we in ogenschouw nemen dat hulpverleners minder vaardig zijn en minder begeleid worden in bepaalde aspecten van de methodiek, dan is het niet verwonderlijk dat deze aspecten ook minder uitgevoerd worden. Het methodisch werken komt dan in een negatieve spiraal terecht: de hulpverlener kan iets niet zo goed, krijgt er weinig begeleiding bij en voert het ook minder uit. Gevolg is dat de hulpverlener nog minder vaardig wordt in dat aspect van de hulpverlening. Zoals eerder besproken zou het monitoren en periodiek bespreken van de uitvoering van de interventie ertoe kunnen leiden dat dit soort trends sneller zichtbaar worden en de negatieve spiraal doorbroken kan worden.

Een derde conclusie over de uitvoering van de methodiek is dat de kerncomponent *netwerk betrekken* niet samenvalt met de andere kerncomponenten. Op deze kerncomponent voelen hulpverleners zich het minst competent en dit is ook het aspect waarvoor in de werkbegeleiding van leidinggevend en gedragswetenschappers relatief weinig aandacht is.

- Het lijkt alsof het netwerk betrekken wel als belangrijk aspect in de methodiekbeschrijving staat, maar verder een zeer beperkte rol heeft in de daadwerkelijke uitvoering van de methodiek. Dit illustreert nog eens dat informatie op papier geen effectieve implementatiestrategie is (Bero et al., 1998).
- De bevindingen over het netwerk zijn besproken in een overleg met de manager, leidinggevend en hulpverleners van de productgroep Ambulante Hulp bij

Jeugdformaat, naar voorbeeld van de onderzoeksbespreking bij Hulp aan Huis Drenthe (Leijssen, 2008) en de 'raadpleegronde' bij de Hoenderloo groep (Van Dam & Kroes, 2008). Tijdens de besprekingen werd door betrokkenen herkend dat het netwerk inderdaad een kleine rol speelt in de uitvoering

De verklaring van betrokkenen voor de beperkte aandacht voor het netwerk was tweeledig. Hulpverleners geven enerzijds aan dat zij zich niet sterk voelen in dit aspect van de hulpverlening; zij missen hier opleiding en vaardigheden voor. Anderzijds geven zij ook aan dat het in sommige gezinnen niet nodig is om het netwerk te betrekken. Wanneer een gezin op eigen kracht problemen kan oplossen, is het niet altijd nodig om de hulpverlening uit te breiden buiten het gezin. Dit laat onverlet dat versterking van het netwerk in de andere gezinnen veelal wèl noodzakelijk is.

Jeugdformaat heeft onder andere naar aanleiding van de onderzoeksuitkomsten en de besprekingen in 2010 een nieuwe module ontwikkeld en geïmplementeerd, waarbij meer aandacht is voor het betrekken van het netwerk van het gezin bij een specifieke doelgroep die dat nodig heeft: de Netwerkgerichte Gezinsaanpak (NGA, Goorden & Elshof, 2010).

Resultaten bij cliënt zijn vergelijkbaar met andere interventies

Uit de studie bleek dat de doelgroep en de hulpverleners in de studie naar de Methodiek Ambulant vergelijkbaar zijn met de doelgroep en hulpverleners die bij Jeugdformaat werken. Dit lijkt te suggereren dat er met de interventie geen specifieke doelgroep bereikt wordt en er ook geen specifieke groep hulpverleners wordt ingezet. De doelgroep die bereikt is en de hulpverleners die de Methodiek Ambulante Hulp hebben uitgevoerd, zijn representatief voor de bredere doelgroep en bredere groep hulpverleners binnen Jeugdformaat.

De beschrijving van de resultaten voor de cliënten (doelrealisatie, probleemafname, competentietoename en cliënttevredenheid) laat zien dat deze resultaten in de huidige studie vergelijkbaar zijn met de resultaten van eerder onderzoek in periode januari tot december 2008 onder alle cliënten bij Jeugdformaat (Reith, 2009). De resultaten verschillen ook niet sterk tussen de verschillende jeugdhulpteams, wat laat zien dat de resultaten voor cliënten bij Jeugdformaat stabiel zijn over teams en hulpvormen heen. Deze conclusie kan zowel positief als negatief uitgelegd worden.

- Het is positief dat er verandering geconstateerd wordt tussen het begin- en einde van de hulpverlening bij de gezinnen: doelen worden (deels) behaald, problemen van jeugdigen nemen betekenisvol af en competenties van ouders betekenisvol toe. Tot slot zijn jeugdigen en ouders tevreden over de hulp.
- Een negatieve kanttekening is dat de resultaten bij de groep cliënten die hulp krijgt via de enkelvoudige variant van de Methodiek Ambulante Hulp niet beduidend beter zijn dan de resultaten voor cliënten die hulp krijgen via andere varianten van de Methodiek Ambulante Hulp (bijvoorbeeld ambulante hulp plus daghulp of ambulante hulp plus residentiële hulp) en ook niet duidelijk beter dan in 2008.

Een valkuil zou zijn om nu te denken: de methodiek doet er niet toe. Van belang is deze gedachte mee te nemen naar het tweede deel van deze discussie. Daar zullen we overtuigend laten zien dat de methode wel degelijk van belang is.

Conclusie over het implementatieproces

Uit de beschrijvende informatie in dit hoofdstuk over de implementatie van de Methodiek Ambulante Hulp concluderen we dat er allerlei activiteiten zijn ingezet gedurende het implementatieproces voor de verspreiding, adoptie, invoering en borging van de methodiek. Deze activiteiten vonden echter niet zo planmatig plaats, waardoor het implementatieproces meer het karakter heeft gekregen van een ‘implementatieproces as usual’ dan een ‘planmatige en procesmatige’ implementatie.

Alhoewel de implementatieactiviteiten vooraf op maat zijn bedacht vanuit een planmatige aanpak, is er gedurende de periode van implementeren van de methodiek niet genoeg aandacht geweest voor voortgang en evaluatie, de procesmatige aanpak. Hierdoor is gedurende het proces te weinig de ‘fit’ gemaakt tussen determinanten van het implementatieproces en de implementatiestrategie. De fit tussen bijvoorbeeld incompetenties van medewerkers en gerichte feedback van begeleiders had beter gekund. Verder had het gebruik maken van procesinformatie ervoor kunnen zorgen dat er gericht gestuurd had kunnen worden op aspecten van de methodiek.

Als we bovenstaande combineren met het gegeven dat de uitvoering van de interventie niet eenduidig is en dat de resultaten voor cliënten niet beter zijn dan bij andere interventies, concluderen we voorzichtig dat de jeugdzorgorganisatie met een ‘implementatie as usual’ een kans laat liggen. Dit is de kans om met implementatiestrategieën aan te sluiten bij de fasering en determinanten van het implementatieproces en zo het doel te bereiken: implementatie in

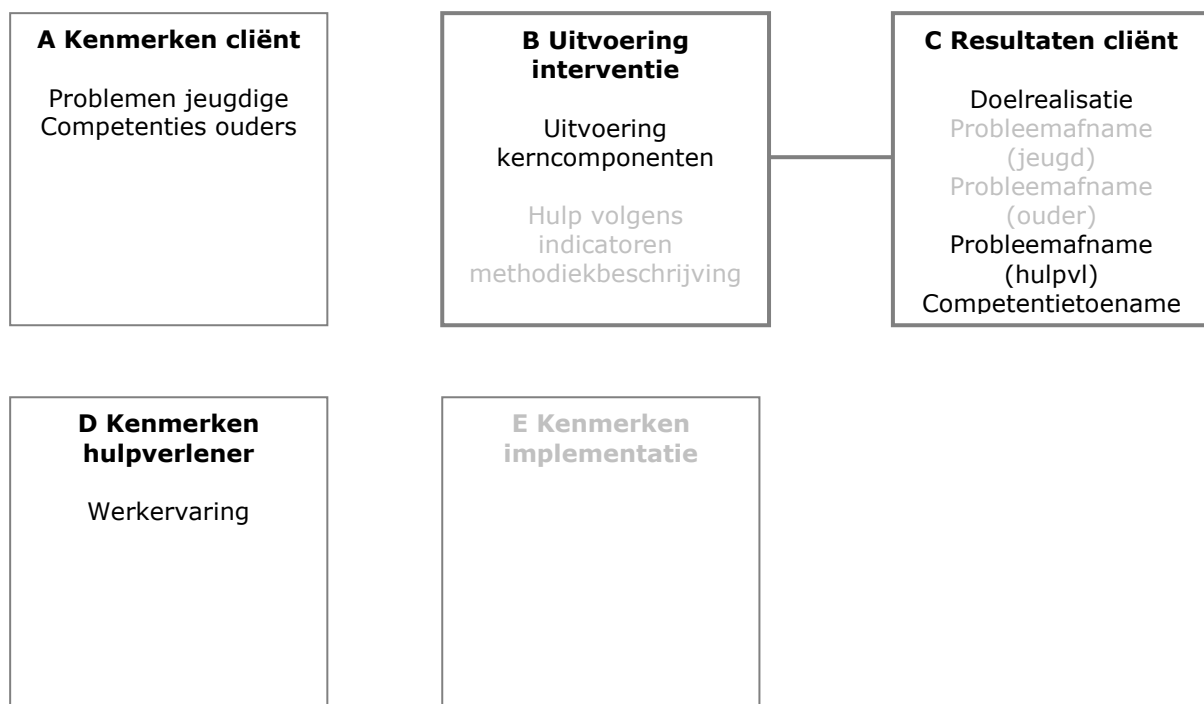
enge en brede zin. In de volgende paragraaf zullen we uiteenzetten of het empirische bewijs deze voorzichtige conclusie ontkracht of bevestigt.

8.4.2 Hypothesen over implementatie in enge en brede zin

Goede uitvoering, positieve resultaten?

De hypothese dat de uitvoering van de interventie bijdraagt aan positieve resultaten voor de cliënt kan gedeeltelijk worden aangenomen. De uitvoering van de interventie is niet gerelateerd aan probleemafname gerapporteerd door jeugdigen en ouders en aan cliënttevredenheid. De uitvoering van de interventie is wel gerelateerd aan doelrealisatie, probleemafname gerapporteerd door hulpverleners en aan de toename van competenties bij ouders. In figuur 8.6 staat dit schematisch weergegeven.

Figuur 8.6 *Weergave van relatie tussen uitvoering hulp en resultaten bij cliënten.*



Ten aanzien van de eerste onderzoeksvraag, naar de relatie tussen de uitvoering van de interventie en de resultaten voor cliënten, kunnen we twee conclusies trekken.

Ten eerste blijkt dat een goede uitvoering van de kerncomponenten uit de Methodiek Ambulante Hulp samenhangt met het behalen van resultaten voor cliënten. In deze studie hebben we laten zien dat het voor het realiseren van doelen van de jeugdige en het gezin en voor het toenemen van competenties bij ouders van belang is dat de werkzame elementen uit de methodiek worden uitgevoerd. De uitvoering van de hulp is ook van belang voor de

probleemafname, wanneer we afgaan op de beoordeling van hulpverleners.

- Een kritische noot bij deze conclusie is dat de variatie in de resultaten van de hulp voor een groot deel samenhangt met individuele verschillen tussen cliënten en in mindere mate met hetgeen de hulpverlener doet.
- Het uitvoeren van de interventie hebben we in analyses uitgesplitst in de uitvoering van de interventie, zoals de hulpverlener dat over het algemeen doet, en zoals de hulpverlener dat bij een specifieke cliënt doet. Dan blijkt het volgende:
 - Voor het *realiseren van hulpverleningsdoelen* blijkt dat het belangrijk is in hoeverre een hulpverlener de kerncomponenten in het algemeen uitvoert en hoe de hulpverlener bij de individuele cliënt te werk gaat.
 - Bij *probleemafname* en *competentieverbetering* blijken verschillen niet toe te schrijven aan de algemene aanpak van een hulpverlener, maar enkel aan verschillen tussen cliënten. Dit laat zien dat de uitvoering van de kerncomponenten niet los gezien kan worden van de cliënt; de hulpverlener past de uitvoering van de hulp aan de cliënt aan.
 - Verschillen in *cliënttevredenheid* worden zijn gerelateerd aan verschillen tussen cliënten, maar zijn niet gerelateerd aan één van de kenmerken die in deze studie zijn meegenomen. Dit leidt tot de conclusie dat de tevredenheid van cliënten meer een kenmerk van de cliënt is, dan een uitkomst van de hulp (zie ook Ramos et al., 2006).

Ten tweede kunnen we concluderen dat zowel kenmerken van de cliënt als van de hulpverlener samenhangen met de resultaten voor cliënten.

- Vanuit onderzoek naar *kenmerken van de cliënt* komt naar voren dat de problemen en competenties bij aanvang van de hulp van sterk gerelateerd zijn aan de resultaten aan het einde van de hulp. Hoe meer problemen bij aanvang van de hulp, hoe minder doelrealisatie en hoe meer probleemafname. Hoe meer competenties bij aanvang van de hulp, hoe meer doelrealisatie en hoe minder competentietoename.

Een verklaring hiervoor is regressie naar het gemiddelde: extreme waarden bij aanvang van de hulp zullen bij afsluiten meer in de normale range vallen, waardoor de verandering overschat wordt. Bij de competente ouders kan er sprake zijn van een plafondeffect: als zij bij aanvang al erg competent zijn, is er

gedurende de hulp niet veel verbetering meer mogelijk.

Een alternatieve verklaring is dat de hulpverlening vorm krijgt in afstemming met de cliënt en diens kenmerken. Op zich is afstemming goed, maar in dit geval zijn de cliëntkenmerken zo sterk voorspellend, dat het sterke vermoeden rijst dat de hulpverlener zich te veel laat leiden door kenmerken van de cliënt en te weinig door de methodiek.

- Vanuit onderzoek naar *kenmerken van de hulpverlener* komt naar voren dat hoe meer ervaring de hulpverlener heeft, hoe minder doelen er bereikt worden. Dit is een opmerkelijke uitkomst, omdat de verwachting is dat meer ervaren hulpverleners juist beter in staat zijn om met het gezin tot resultaten te komen.

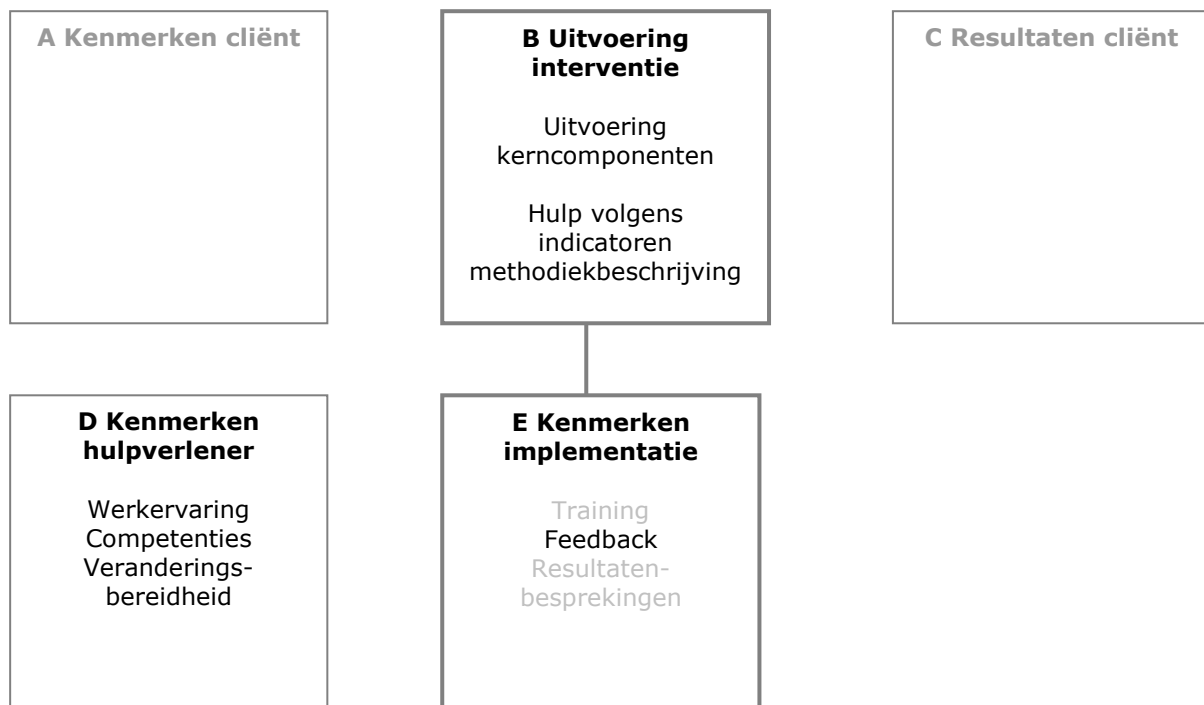
Een mogelijke verklaring is dat ervaren hulpverleners moeilijkere cliënten krijgen toegewezen. Navraag bij ambulante hulpverleners leert dat er specifieke type problemen voorkomen, waarbij het realiseren van goede uitkomsten moeilijk is. Bijvoorbeeld schulden, huisvestingsproblemen en psychiatrische problemen bij ouders. Dit is niet na te gaan uit de gegevens die in deze studie verzameld zijn, maar het zou kunnen zijn dat meer ervaren hulpverleners vaker cliënten met deze problematiek krijgen toegewezen.

Een andere verklaring voor de lagere doelrealisatie bij ervaren hulpverleners is dat zij minder goed zijn in het stellen van haalbare doelen. Doelgericht werken heeft de laatste jaren veel aandacht gekregen in de jeugdzorg en bij Jeugdformaat. Het is mogelijk dat vooral jonge, minder ervaren hulpverleners in hun recent afgeronde opleiding goed zijn toegerust om goede doelen te stellen.

Implementatie in enge zin

De tweede onderzoeksvraag was gericht op de implementatie in enge zin, de invloed van implementatie op de uitvoering van de hulp door hulpverleners. Alhoewel we in strikte zin niet over invloed kunnen spreken, maar enkel over samenhang, nemen we de hypothese dat een betere implementatie zorgt voor een betere uitvoering van de methodiek gedeeltelijk aan. De feedback door begeleiders is gerelateerd aan de uitvoering van de interventie. Over de andere aspecten van de implementatie, de trainingen en resultatenbesprekingen, kunnen we dit niet concluderen. De resultatenbesprekingen hebben niet plaats gevonden. Er is geen verband gevonden tussen de trainingen en de uitvoering van de hulp.

Figuur 8.7 Weergave van relatie tussen kenmerken implementatie en uitvoering hulp



Uit de analyses, die gepresenteerd zijn in dit hoofdstuk, blijkt dat de feedback van leidinggevenden en gedragswetenschappers samenhangt met de uitvoering van de Methodiek Ambulante Hulp, zowel op de *uitvoering van de kerncomponenten* als op de uitvoering van de hulp volgens *indicatoren uit de methodiekbeschrijving*. Deze punten worden hieronder toegelicht.

1. *Uitvoering kerncomponenten*

- Er is een relatie tussen de mate waarin de hulpverlener de kerncomponenten inzet en de feedback van leidinggevenden en gedragswetenschappers. Hoe hoger de feedback werd gewaardeerd, hoe meer de kerncomponenten werden uitgevoerd. Een voor de hand liggende verklaring hiervoor is dat goede begeleiding ervoor zorgt dat hulpverleners de interventie beter uitvoeren. Een alternatieve verklaring is dat hulpverleners die de interventie beter uitvoeren ook positiever staan ten opzichte van begeleiding en meer open staan voor feedback. Of dat hulpverleners die de interventie beter uitvoeren positievere begeleiding krijgen en daarom de feedback van leidinggevenden en gedragswetenschappers hoger waarderen. Dit alles wijst in ieder geval op een wederzijds versterkend mechanisme.
- Naast het verband met de feedback op de uitvoering van kerncomponenten, signaleren we als trend dat de kwaliteit van de training samenhangt met de uitvoer

van kerncomponenten. Hoe lager de waardering van de training, hoe meer de kerncomponenten worden uitgevoerd. Een hogere waardering van de training heeft een negatieve samenhang met de uitvoer van de methodiek. Dit is opmerkelijk, omdat te verwachten is dat een hoge waardering van de training leidt tot betere uitvoering van de methodiek. Dit is mogelijk te verklaren vanuit de constatering eerder in dit hoofdstuk dat een hoge waardering van de training samengaat met weinig ruimte voor de methodische aspecten. Een lagere waardering van de gehele training gaat samen met meer ruimte voor de methodische aspecten gedurende de training. Wellicht zorgt dat ervoor dat de kerncomponenten beter worden uitgevoerd gedurende de hulp.

- De competenties van hulpverleners hangen samen met het uitvoeren van de kerncomponenten. Hoe competentere hulpverleners bij de start van de implementatie van de Methodiek Ambulante Hulp waren, hoe meer zij de kerncomponenten uitvoerden gedurende de hulp aan cliënten.

Een verklaring voor de relatie tussen competenties en uitvoer is dat hulpverleners de aspecten waar zij goed in zijn vaker toepassen in hulp aan jeugdigen en gezinnen en de aspecten waar zij minder goed in zijn ook minder vaak uitvoeren.

Een andere, methodologische, verklaring hiervoor is dat beide aspecten gemeten zijn aan de hand van de elf kerncomponenten. Zowel bij de competenties van de hulpverleners als bij de uitvoering van de hulp is gevraagd naar een oordeel op de elf kerncomponenten. Het zou kunnen zijn dat hulpverleners bij de beoordeling van de uitvoering van de kerncomponenten ook hun eigen competenties hebben beoordeeld. Oftewel: ze hebben twee keer aangegeven waar ze goed in zijn in plaats van één keer aangegeven waar ze goed in zijn en één keer aangegeven in hoeverre ze dit aspect goed hebben uitgevoerd.

2. *Indicatoren uit de methodiekbeschrijving*

- De feedback door leidinggevenden en gedragswetenschappers vertoont samenhang met de mate waarin de hulp voldoet aan indicatoren uit de methodiekbeschrijving. Als hulpverleners de feedback door leidinggevenden en gedragswetenschappers hoger waarderen, dan voeren zij de hulp meer uit zoals omschreven staat in de methodiek. Feedback is dus niet alleen van belang voor de uitvoering van de kerncomponenten, maar ook voor de uitvoering volgens de

‘harde’ indicatoren uit de methodiekbeschrijving.

- De veranderingsbereidheid van hulpverleners blijkt samen te hangen met het uitvoeren van de methodiek ‘volgens indicatoren uit de beschrijvingbeschrijving’. Als de houding ten opzichte van de nieuwe methodiek negatiever is, is de uitvoering van de methodiek ook minder zoals beschreven. Veranderingsbereidheid van hulpverleners doet er dus toe, opmerkelijk genoeg is daar in het implementatieproces weinig aandacht aan besteed.
- We signaleren als trend dat de werkervaring in de jeugdzorg negatief samenhangt met het uitvoeren van de hulp volgens de methodiekbeschrijving. Hulpverleners met meer werkervaring wijken meer af van de methodiek als het gaat om de duur van de hulp, de contactfrequentie, de fasering van de hulp en het inzetten van vragenlijsten bij de start van de hulp. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ervaren hulpverleners gedurende hun carrière met diverse methodieken te maken hebben gehad en inmiddels werken met een eigen, niet effectieve eclectische mix daarvan (Barlow, 1981; Weisz, 2004). Daarnaast is het mogelijk dat training zich voornamelijk richt op jonge, onervaren medewerkers, waardoor ervaren hulpverleners wellicht minder toegerust zijn op het werken volgens de methodiek.

Ten aanzien van de uitvoering van de hulp hebben we ook onderzocht of dit voornamelijk gerelateerd is aan verschillen tussen hulpverleners of aan verschillen tussen cliënten. We kunnen concluderen dat de *uitvoering van de kerncomponenten* uit de methodiek zowel gerelateerd is aan kenmerken van de hulpverlener als aan kenmerken van de individuele cliënt. De mate waarin de uitvoering van de hulp volgens *indicatoren uit de methodiekbeschrijving* wordt uitgevoerd, hangt grotendeels samen met individuele kenmerken van de cliënt en in mindere mate met de manier waarop hulpverleners te werk gaan. Voor deze relaties zijn verschillende verklaringen mogelijk.

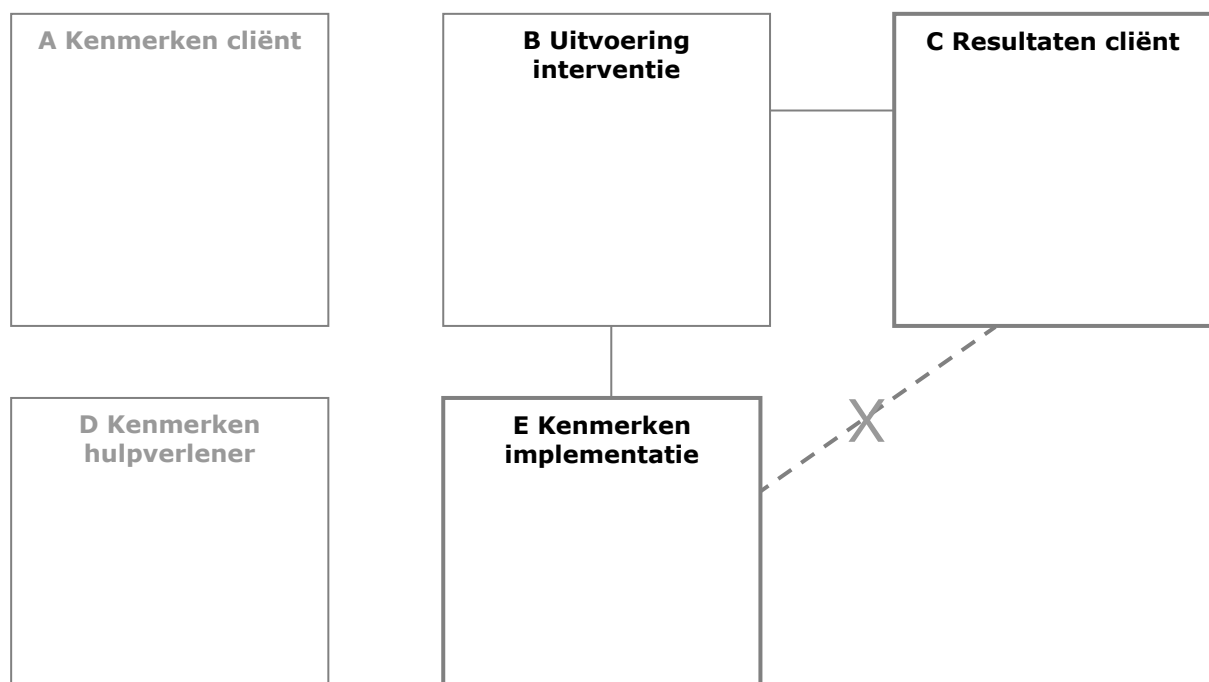
- Het *aandeel van de cliënt* in de uitvoering is groot: hulpverleners passen de werkwijze aan naar gelang de cliënt die zij voor zich krijgen. Dit is positief uit te leggen als vraaggericht werken en aansluiten bij de wensen van de cliënt. Daartegenover staat dat we zojuist de conclusie hebben getrokken dat een betere uitvoer van de hulp leidt tot betere resultaten voor de cliënt. Te veel aansluiten bij de cliënt brengt een integere uitvoering van de hulp en daarmee goede resultaten voor de cliënt in gevaar.

- Het *aandeel van de hulpverlener* in de uitvoering van de Methodiek Ambulante Hulp is steeds kleiner dan dat van de cliënt. In het voorgaande is besproken hoe kenmerken van de hulpverlener en kenmerken van de implementatie samenhangen met de uitvoering van de interventie.

Implementatie in brede zin

De derde onderzoeksvraag heeft betrekking op de invloed van de implementatie op de resultaten van de hulp. Er is in deze studie geen relatie gevonden tussen de implementatieactiviteiten en de realisatie van doelen, de afname van problemen, de toename van competenties en de cliënttevredenheid. Hiermee is de derde onderzoeksvraag beantwoord en de derde hypothese verworpen: de kwaliteit van de implementatie is niet direct van invloed op de resultaten voor cliënten.

Figuur 8.8 Weergave van relatie tussen implementatie, uitvoer en resultaten van de hulp



Bij de bespreking van de tweede onderzoeksvraag bleek echter dat de implementatie wél samenhangt met de uitvoering van de interventie en de uitvoering van de interventie is weer gerelateerd aan de resultaten voor cliënten. Indirect lijkt de implementatie, via de uitvoer van de hulp, dus wel gerelateerd aan de resultaten voor cliënten, zoals in figuur 8.8 staat weergegeven. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of dit model met de uitvoer van de hulp als mediator juist is. In dit onderzoek is niet voldaan aan de formele eis voor mediatie (Baron & Kenny, 1986), omdat er geen direct verband is gevonden tussen de kenmerken van

de implementatie en de resultaten bij cliënten.

8.4.3 Implicaties voor de Methodiek Ambulante Hulp

De belangrijkste conclusies die we destilleren uit deze studie zijn ten eerste dat de uitvoering van de hulp bijdraagt aan resultaten voor de cliënt en ten tweede dat de implementatie bijdraagt aan een goede uitvoering van de hulp. Hieronder volgen een aantal implicaties voor de Methodiek Ambulante Hulp.

Aandeel van de hulpverlener en de methodiek op de resultaten

Wat betreft de invloed van de interventie op de resultaten voor cliënten blijkt uit deze studie dat het aandeel van de hulpverlener – ten opzichte van het aandeel van de cliënt – beperkt is. De resultaten die met de inzet van de Methodiek Ambulante Hulp bij cliënten geboekt worden, zijn voornamelijk gerelateerd aan cliëntkenmerken, zoals de ernst van de problematiek bij aanvang en de opvoedingscompetenties bij ouders. Dit zou tot de conclusie kunnen leiden dat de mate waarin een hulpverlener kan ingrijpen dus beperkt is.

Echter, uit deze studie blijkt ook dat het binnen die beperkte ruimte van belang is hoe de hulpverlener de interventie bij gezinnen uitvoert. Dit impliceert twee dingen:

- Ten eerste pleit dit ervoor om de samenhang die er is optimaal te benutten: hoe beter de kernpunten van de methodiek worden ingezet, hoe beter de resultaten voor cliënten. Monitoring van de uitvoering van de hulp (van de programma-integriteit) en periodieke bespreking daarvan, maakt het mogelijk om hulpverleners van feedback te voorzien.
- Ten tweede laat het zien dat de invloed van *deze* methodiek bij *deze* groep cliënten beperkt is. Een verklaring kan zijn dat de cliëntpopulatie een brede doelgroep betreft en de methodiek een hele globale interventie is. De Methodiek Ambulante Hulp is vooral gericht op algemeen werkzame factoren en maakt geen onderscheid in doelgroepen en specifiek werkzame factoren. Uit de literatuur weten we dat de invloed van algemeen werkzame factoren beperkt is en dat het voor een beter resultaat voor cliënten nodig is om specifieke problemen aan te pakken met specifieke interventies (Van Yperen, Van der Steege, Addink & Boendermaker, 2010; Stevens, 2010). De methodiek is te verbeteren door doelgroepen te onderscheiden en daarbij concreet aan te geven welke specifieke technieken werkzaam zijn.

Aandeel van de begeleiders

Wat betreft kenmerken van de implementatie die samenhangen met de uitvoer van de interventie, blijkt uit deze studie dat vooral de begeleiding van ambulante hulpverleners belangrijk is. Dit is in lijn met bevindingen in een metastudie van Barak en collega's uit 2009, waarin aanbevolen wordt om te investeren in goede supervisie. Dit betekent voor de Methodiek Ambulante Hulp het volgende:

- Het strekt tot aanbeveling om te investeren in de begeleiding van ambulante hulpverleners. Alhoewel de implementatie en de meting van de implementatie zijn beperkingen kent (dit komt later aan bod) zijn er in deze studie aanwijzingen gevonden dat het belangrijk is om niet alleen hulpverleners, maar ook begeleiders toe te rusten op begeleiding van het werken met de methodiek.
- Vanuit dit onderzoek weten we dat bepaalde aspecten van de hulp vaker worden ingezet dan andere. Het netwerk betrekken en het werken aan verandering gedurende de hulp zijn zwakke plekken in de uitvoering van de hulp en in de competenties van hulpverleners. De rol van de hulpverlener in het behalen van goede resultaten voor de cliënt kan geoptimaliseerd worden door begeleiding vooral toe te spitsen op aspecten waar hulpverleners moeite mee hebben. Dit betekent dat de (in)competenties van hulpverleners binnen de ambulante hulp altijd in kaart gebracht moet worden, zodat leidinggevend en gedragswetenschappers hier gericht aandacht aan kunnen besteden.

Aandeel van de cliënt

Alhoewel we in deze studie vooral geïnteresseerd zijn in relaties tussen de implementatie en de uitvoer van de hulp door hulpverleners, zijn er ook interessante uitkomsten gevonden voor de resultaten bij cliënten. Het belangrijkste is misschien wel dat de resultaten die bij de cliënten zijn behaald vergelijkbaar zijn met de resultaten die bij het gemiddelde hulpverleningstraject bij Jeugdformaat worden behaald. Dit laat zien dat de uitkomsten voor cliënten die Ambulante Hulp krijgen niet slechter, maar ook niet beter zijn. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de Methodiek Ambulante Hulp zich vooral richt op algemeen werkzame factoren. Deze worden wellicht ook bij andere hulpvormen toegepast, waardoor het resultaat van de hulp vergelijkbaar is.

Verder hebben we geconstateerd dat cliëntspecifieke factoren sterk gerelateerd zijn aan de uitvoer en uitkomsten van de interventie. Kenmerken van de cliënt zijn sterk gerelateerd aan

hoe de Methodiek Ambulante Hulp wordt uitgevoerd en ook aan de resultaten. In deze studie hebben we een aantal kenmerken van de cliënt onderzocht, maar een groot deel van de variatie in zowel de uitvoer van de hulp als de resultaten bij cliënten blijft onverklaard; hangt niet samen met onderzochte kenmerken. Het rendement van de hulp is te vergroten door doelgroepen in kaart te brengen en deze doelgroepen hulp aan te bieden, waarvan bekend is dat het werkt.

8.4.4 Beperkingen

De grote hoeveelheid ontbrekende gegevens maakt het moeilijk om betrouwbare en valide analyses uit te voeren. De studie is uitgevoerd in de praktijk, waarbij een continue spanning heerst tussen de tijd die het vergt om onderzoekgegevens te genereren en de tijd die er nodig is om de primaire hulpverlening uit te voeren. Gegevens verzamelen is niet de hoofdtaak van de respondenten uit dit onderzoek en kreeg dan ook lang niet altijd de prioriteit. Alhoewel er met Jeugdformaat bij de start van het onderzoek afspraken zijn gemaakt over het aanleveren van gegevens, bleek de onderzoekspraktijk weerbarstig. Het is niet altijd gelukt om een voldoende hoog responspercentage te bereiken (percentage hoger dan 60%), waardoor de resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden. Dit geldt bijvoorbeeld voor de gegevens die bij cliënten verzameld moesten worden, maar ook bij een aantal instrumenten die door hulpverleners, leidinggevend en gedragswetenschappers ingevuld moesten worden, was er op onderdelen een hoge mate van non-respons.

De Methodiek Ambulante Hulp is globaal omschreven en dit heeft ervoor gezorgd dat ook de uitvoer van de interventie globaal is gemeten. De programma-integriteit in deze studie is op hoofdpunten, namelijk de kerncomponenten onderzocht, omdat dat het niveau is waarop de methodiek is gespecificeerd. Een specifiekere uitwerking had kunnen leiden tot specifiekere conclusies over wat werkzaam is in de ambulante hulpverlening.

De implementatie van de methodiek is uiteindelijk niet zo planmatig aangepakt als bij de start van het onderzoek bedoeld was. Dit heeft er mogelijk toe geleid dat de kwaliteit van de implementatie lager is uitgevallen, waardoor de invloed van de implementatie wellicht minder sterk is dan dat het zou kunnen zijn. Hier komen we in hoofdstuk 10 op terug. Daarnaast is er tussen de verschillende jeugdhulpteams veel variatie in de wijze waarop de methodiek onder de aandacht van hulpverleners is gebracht. In een aantal teams zijn allerlei aanvullende

implementatieactiviteiten ingezet. Deze activiteiten zijn echter niet gedocumenteerd, waardoor de invloed hiervan niet meetbaar is in deze studie.

8.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk is de implementatie van de Methodiek Ambulante Hulp bij Jeugdformaat onderzocht. Aan de hand van de beschrijving van de verschillende onderdelen uit de implementatiemonitor is een overzicht ontstaan van het implementatieproces.

- De *implementatie* is gedeeltelijk uitgevoerd zoals gepland, omdat één van de drie vooraf geplande activiteiten niet is uitgevoerd en een aantal ongeplande activiteiten heeft plaatsgevonden.
- De *uitvoering van de interventie* is gemiddeld zoals staat beschreven in de interventie; de spreiding rond dat gemiddelde is echter groot. Dit geeft aan dat de uitvoering van de hulp in de verschillende hulpverleningstrajecten divers is. Dit onderzoek heeft inzicht gegeven in aspecten van de hulp die al heel goed uitgevoerd worden – zoals gesprekstechnieken toepassen en een werkrelatie aangaan. Daarnaast werpt het zijn licht op aspecten die minder goed uitgevoerd worden, zoals het netwerk van het gezin betrekken en werken aan verandering gedurende de hulp.
- De *resultaten* die behaald zijn bij de groep cliënten die de Methodiek Ambulante Hulp hebben gekregen, is vergelijkbaar met de resultaten die bij alle cliënten van Jeugdformaat worden behaald: niet beter, niet slechter.

Verder is in dit hoofdstuk bekeken in hoeverre er samenhang is binnen en tussen verschillende onderdelen van de implementatiemonitor.

- De uitvoering van de methodiek blijkt niet samen te hangen met problemafname gerapporteerd door jeugdigen en ouders en met cliënttevredenheid. De uitvoer van de methodiek hangt wel samen met het realiseren van hulpverleningsdoelen, problemafname gerapporteerd door hulpverleners en met competentietoename bij ouders.
- De implementatie blijkt samen te hangen met de uitvoering van de methodiek. Dit is specifiek het geval voor de kwaliteit van de feedback: wanneer hulpverleners de feedback door leidinggevend en gedragswetenschappers hoger waarderen, voeren zij de methodiek meer uit zoals deze is bedoeld.
- Er is geen directe samenhang gevonden tussen de implementatie en de resultaten bij cliënten. Het lijkt alsof de invloed indirect is: implementatie draagt bij aan een goede uitvoering, en de uitvoering draagt bij aan betere resultaten voor de cliënt.

Tot slot heeft het onderzoek inzicht opgeleverd in met implementatie samenhangende factoren, namelijk kenmerken van de cliënt en kenmerken van de hulpverlener.

- Wat betreft de cliënt blijkt dat vooral de problematiek van jeugdigen bij aanvang en de competenties van ouders bij aanvang gerelateerd zijn aan de resultaten van de hulp.
- Wat betreft de hulpverlener blijkt dat de competenties samenhangen met de uitvoer van de methodiek: hulpverleners doen vooral waar ze goed in zijn (of zijn goed in wat ze vaak doen). Daarnaast blijkt het uitvoeren van de methodiek positief samen te hangen met de bereidheid om te veranderen en negatief samen te hangen met de werkervaring van hulpverleners. Hoe meer de hulpverlener bereid is te veranderen, hoe beter de methodiek wordt uitgevoerd. Hoe meer werkervaring een hulpverlener heeft, hoe minder de methodiek wordt uitgevoerd zoals bedoeld.

In dit hoofdstuk zijn resultaten gepresenteerd voor de implementatie in enge en brede zin van de Methodiek Ambulante Hulp bij Jeugdformaat. Het opsplitsen van implementatie in enge en in brede zin heeft meer inzicht gegeven in de verschillende veranderingsprocessen die er bij cliënten en hulpverleners spelen gedurende het implementatieproces. Op de betekenis van de resultaten voor de wetenschap en de praktijk van de jeugdzorg komen we in hoofdstuk 10 uitgebreid terug.

9 Bureaus Jeugdzorg: implementatie in enge zin

9.1 Inleiding

Uit het meest recente onderzoek naar de Deltamethode Gezinsvoogdij blijkt dat er bij alle Bureaus Jeugdzorg wordt gewerkt volgens de methode, maar dat de mate waarin en de manier waarop verschilt per Bureau Jeugdzorg (Stams, Top-Van der Eem, Limburg, Van Vugt & Van der Laan, 2010). Een integrale uitvoering van de Deltamethode leidt dus tot betere resultaten voor de cliënt. Het onderzoek geeft echter geen duidelijkheid over welke factoren van invloed zijn op een integrale uitvoering van de methode. In de studie in dit hoofdstuk staat centraal welke kenmerken van de implementatie, de hulpverlener en de cliënt gerelateerd zijn aan de uitvoering van de methode, ofwel de *implementatie in enge zin* van de Deltamethode Gezinsvoogdij³⁶. Deze studie naar de implementatie van de Deltamethode fungeert – net als de studie bij Jeugdformaat – als een implementatiecasus in de jeugdzorg. Deze casus moet eraan bijdragen dat we de hoofdvraag van dit proefschrift – *Welke factoren zijn van invloed op succesvolle implementatie?* – kunnen beantwoorden.

De Deltamethode Gezinsvoogdij – kortweg Deltamethode – is een werkwijze voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling (OTS) aan jeugdigen. De doelstelling is het wegnemen van de ontwikkelingsbedreiging(en) voor de jeugdige. De methode bestaat uit vier stappen, waarbij eerst in kaart gebracht wordt wat zorgpunten en sterke punten van de opvoedingssituatie zijn. Ten tweede wordt bekeken welke ontwikkelingsbedreigingen er voor de jeugdige zijn. In de vierde stap wordt bepaald wat de gewenste uitkomsten voor de ontwikkeling van de jeugdige zijn en tot slot welke doelen geformuleerd worden voor de hulp aan de jeugdige en met welke middelen deze doelen bereikt dienen te worden.

Sinds 2002 wordt er in het kader van het project Deltaplan Kwaliteitsverbetering Gezinsvoogdij gewerkt aan de ontwikkeling en implementatie van deze methode. Sindsdien hebben er diverse onderzoeken plaatsgevonden naar de uitvoering van de methode en de

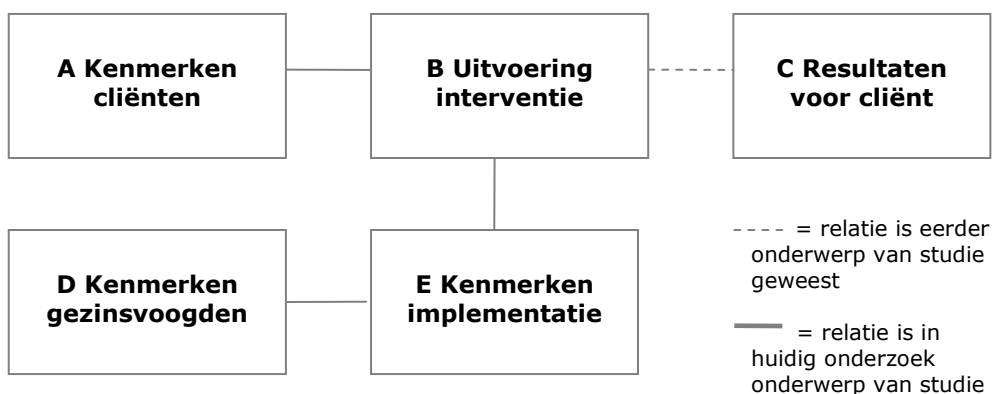
³⁶ Het hier gepresenteerde onderzoek is een secundaire analyse op de verzamelde gegevens van Stams en collega's (2010). De auteur van dit proefschrift was betrokken bij dat onderzoek naar de implementatie van de Deltamethode Gezinsvoogdij door advies te geven over de onderzoeksvragen en onderzoeksopzet, over instrumentarium en interpretatie van de resultaten. Zij heeft toestemming de tekst uit het onderzoeksverslag en de onderzoeksdata te gebruiken voor dit proefschrift.

effecten van de methode op de duur van de uithuisplaatsing (Eijgenraam et al, 2007; Lunenberg, Bijl & Slot, 2006; Slot, Van Tooren & Bijl, 2004). Het meest recente onderzoek naar de Deltamethode borduurt voort op eerder onderzoek en aanbevelingen voor verder onderzoek en is uitgevoerd door Stams en anderen (2010).

In het onderzoeksverslag geven Stams en collega's een beschrijving van de implementatie van de Deltamethode en van de mate waarin de methode is uitgevoerd zoals bedoeld. Daarnaast hebben zij met behulp van kwantitatief onderzoek de relatie tussen de uitvoering van de hulp en de uitkomsten voor cliënten onderzocht. Naast de constatering dat er bij de 15 deelnemende Bureaus Jeugdzorg op verschillende manieren met de methode wordt gewerkt, zijn er nog meer belangrijke conclusies uit het onderzoek naar voren gekomen.

Net als in de studie bij Jeugdformaat blijkt dat de resultaten voor cliënten – de duur van de ondertoezichtstelling bijvoorbeeld – voornamelijk zijn gerelateerd aan cliëntkenmerken. De mogelijkheden van de gezinsvoogd om de uitkomsten te beïnvloeden blijken beperkt te zijn. Desondanks is de werkwijze van de gezinsvoogd wel van invloed op de uitkomsten voor cliënten. Het methodisch werken volgens de Deltamethode Gezinsvoogdij heeft een positief effect op de duur van de ondertoezichtstelling, de kans op uithuisplaatsing en de duur van de uithuisplaatsing (Stams et al, 2010).

Figuur 9.1 *Implementatiemonitor Deltamethode Gezinsvoogdij, Bureaus Jeugdzorg*



In figuur 9.1 staat de Deltamethode weergegeven volgens het stamien van de implementatiemonitor (zie hoofdstuk 5). Eerder onderzoek heeft zich vooral gericht op kwalitatieve en kwantitatieve *beschrijvingen* van de onderdelen B, C en E, oftewel beschrijvingen van de uitvoering van de interventie, van de resultaten voor cliënten en van de implementatie van de methode. Daarnaast hebben er kwantitatieve analyses plaatsgevonden

naar de *samenhang* tussen B en C; de relatie tussen de uitvoering van de interventie en de resultaten voor cliënten.

Waar in de kwantitatieve analyses van het onderzoek tot nu toe minder aandacht voor is geweest, is welke factoren samenhangen met *de implementatie in enge zin*, ofwel een integrale uitvoering van de interventie. In deze studie wordt op basis van secundaire analyse van de door Stams en collega's (2010) verzamelde gegevens gekeken naar de implementatie in enge zin van de Deltamethode Gezinsvoogdij bij de Bureaus Jeugdzorg in Nederland.

Hierbij staat de vraag centraal:

- *Welke factoren zijn van invloed op succesvolle implementatie in enge zin?*
 - a. *Is er een verband tussen kenmerken van de implementatie (E) en uitvoering van de interventie (B)?*
 - b. *Wordt dit verband beïnvloed door kenmerken van de cliënt (A) en kenmerken van de hulpverlener (D)?*

De verwachting is dat een goede implementatie leidt tot een meer integrale uitvoering van de methode. Daarbij komt dat kenmerken van de cliënt en kenmerken van de hulpverlener van invloed kunnen zijn op zowel de uitvoering van de hulp als op de implementatie, waardoor het verband tussen die twee beïnvloed wordt.

Het is belangrijk om meer zicht te krijgen op de implementatie in enge zin, omdat ten eerste uit eerder onderzoek is gebleken dat het integer uitvoeren van de hulp nog te weinig gebeurt en ten tweede blijkt dat de resultaten voor cliënten beter zijn wanneer de interventie integer wordt uitgevoerd. In deze studie proberen we aanwijzingen te vinden om het integer uitvoeren van de interventie te bevorderen en daarmee indirect ook de resultaten voor cliënten te verbeteren. In deze studie wordt de *implementatie in brede zin* – de resultaten voor cliënten – buiten beschouwing gelaten, omdat dit reeds aan bod is gekomen in eerder onderzoek. In de discussie van deze studie zullen we de resultaten uit deze studie wel in verband brengen met het onderzoek naar de implementatie in brede zin.

9.1.1 De Deltamethode Gezinsvoogdij³⁷

De Deltamethode Gezinsvoogdij wordt ingezet bij jeugdigen met een Ondertoezichtstelling (OTS). Het doel van de hulpverlening door de gezinsvoogd en andere betrokkenen is om de ontwikkelingsbedreiging(en) voor de onder toezicht gestelde jeugdige weg te nemen. Om dat doel te behalen, werken de gezinsvoogden en andere betrokkenen samen met het gezin volgens een in de Deltamethode Gezinsvoogdij vastgelegd *4-stappenmodel*. De vier stappen worden samen met de cliënt genomen en worden bij tussenevaluaties of bij crises herhaald. De stappen resulteren in een *Plan van Aanpak*.

- Stap 1: De gezinsvoogd brengt zorgpunten en sterke punten met betrekking tot de opvoedingssituatie in kaart aan de van het rapport van de Raad voor de Kinderbescherming en na overleg met jeugdige en opvoeders. Het gaat om factoren in de thuissituatie, in het sociale netwerk van het gezin en op school.
- Stap 2: De gezinsvoogd vertaalt de zorgpunten naar mogelijke verstoringen voor de ontwikkeling van de jeugdige. Dit worden ontwikkelingsbedreigingen genoemd en deze vormden de grond voor de OTS.
- Stap 3: De gezinsvoogd brengt samen met de jeugdige en diens opvoeders in kaart wat gewenste uitkomsten zijn voor de ontwikkeling van de jeugdige.
- Stap 4: Er worden doelen opgesteld en daarbij wordt bedacht welke middelen worden ingezet om de doelen te bereiken.

Tijdens de uitvoering van de OTS zijn twee vaardigheden van de gezinsvoogd van belang, *engageren* en *positioneren*. De gezinsvoogd werkt hierbij samen met het gezin.

- Engageren is wat de gezinsvoogd doet om de jeugdige en zijn opvoeders te motiveren om actief mee te werken, zoals aansluiten bij de wensen van het gezin.
- Positioneren is dat de gezinsvoogd duidelijk maakt hoe de ontwikkeling en de veiligheid van de jeugdige kunnen worden gewaarborgd, bijvoorbeeld door uit te leggen hoe samengewerkt dient te worden en wie daarbij welke taken heeft.

Er zijn diverse hulpmiddelen ontwikkeld om volgens het 4-stappenmodel te kunnen werken en om het proces van engageren en positioneren te ondersteunen. Bijvoorbeeld:

³⁷ Deze paragraaf over de Deltamethode Gezinsvoogdij is gebaseerd het onderzoeksverslag van Stams en collega's (2010).

- Lijsten met voorbeelden van ontwikkelingsbedreigingen en –uitkomsten
- Protocollen voor het schrijven van een Plan van Aanpak en een actieagenda
- Instrumenten om de veiligheid van de jeugdigen of het netwerk in kaart te brengen
- De caseload van gezinsvoogden wordt verlaagd omdat de Deltamethode om intensieve samenwerking met het gezin vraagt.
- In handleiding en training is aandacht voor communicatie met en tussen alle betrokkenen van en rond het cliëntsysteem.
- In het handboek staat beschreven hoe er volgens de Deltamethode gewerkt kan worden in complexe zaken, zoals bij scheiding of psychiatrische problematiek.

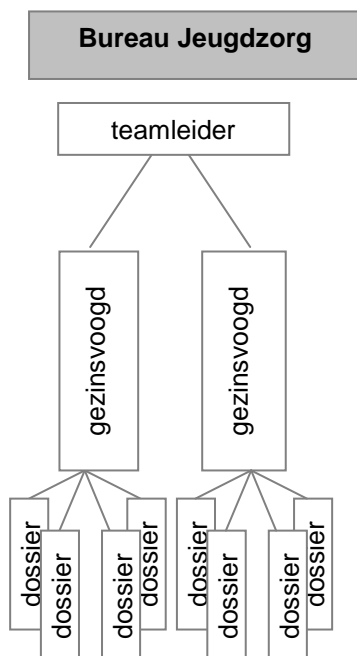
Samenvattend kunnen we stellen dat voor een integrale uitvoering van de Deltamethode Gezinsvoogdij het van belang is dat sprake is van engageren en positioneren, dat er aandacht is voor ontwikkeling en opvoeding en dat de veiligheid van het kind daarbij centraal staat.

9.2 Methode³⁸

9.2.1 Participanten

Binnen elk van de 15 Bureaus Jeugdzorg werd random een steekproef getrokken van twee *teamleiders* (n=30) met ieder twee *gezinsvoogden* die tot hetzelfde team behoorden (n=60). Van elke gezinsvoogd werden de vier laatste afgesloten *dossiers* van OTS-zaken geselecteerd voor het onderzoek (n=240). In figuur 9.2 staat een schematische weergave van alle participanten in één Bureau Jeugdzorg, in totaal namen er 30 teams deel aan het onderzoek.

Figuur 9.2 Schematisch weergave van participanten, per Bureau Jeugdzorg



In totaal werden interviews afgenomen bij 30 *teamleiders*, van wie 28 een vragenlijst terugstuurden. De verdeling naar sekse bij de *teamleiders* was 40.7% man en 51.9% vrouw. Zij waren gemiddeld 47.5 jaar oud (sd=7.5). Alle deelnemende *teamleiders* hadden minimaal een HBO studie afgerond en hadden gemiddeld 58.4 maanden (sd=52.8) werkervaring als *teamleider*.

Van de 60 *gezinsvoogden* die hadden toegezegd deel te nemen, werd van 59 een vragenlijst

³⁸ De tekst in de methodesectie bevat een korte weergave van de methodesectie in het onderzoeksverslag van Stams en collega's (2010).

ontvangen. De sekseverdeling was 28.1% man en 70.2% vrouw. De gemiddelde leeftijd van de gezinsvoogden was 39.6 jaar ($sd=10.9$), mannen waren gemiddeld 43.1 jaar oud ($sd=8.6$) en vrouwen waren gemiddeld 37.5 jaar oud ($sd=10.8$). Alle deelnemende gezinsvoogden hadden minimaal een HBO-studie afgerond en hadden gemiddeld 74.3 maanden ($sd=70.1$) werkervaring als gezinsvoogd. De door gezinsvoogden gerapporteerde werkervaring met Delta was 19.2 maanden ($sd=0.3$).

Uiteindelijk werden in totaal 224 *dossiers* meegenomen in het onderzoek. Het aantal dossiers viel lager uit dan de geplande 240 dossiers doordat een aantal gezinsvoogden nog geen 4 zaken had afgesloten. De duur van de ondertoezichtstelling was gemiddeld 37.5 maanden ($sd=33.0$). Van de onder toezicht gestelde jongeren kreeg 58.1% te maken met een uithuisplaatsing (UHP) die gemiddeld 17 maanden duurde ($sd=29.91$). Daarnaast was er gemiddeld één overdracht per dossier, wat betekent dat er gemiddeld twee gezinsvoogden betrokken waren bij één ondertoezichtstelling ($range= 1-8$). Wanneer gekeken werd naar alle afgesloten ondertoezichtstellingen in het onderzoek, was een kind bij aanvang van de OTS gemiddeld 10.9 jaar oud ($sd=5.3$). De verdeling naar sekse van 51% jongens en 49% meisjes. In totaal had 57% van de kinderen een autochtone achtergrond, 43% een allochtone achtergrond (ten minste één van de biologische ouders was niet in Nederland geboren). Het merendeel van de onder toezicht gestelde kinderen (94%) was in Nederland geboren.

9.2.2 Instrumenten

Het instrumentarium in het onderzoek naar de Deltamethode Gezinsvoogdij bestond uit een *dossieranalyse* door middel van een checklist, een *vragenlijst voor de gezinsvoogd*, een *vragenlijst voor de teamleider* en een *interview met de teamleider*. Voor een uitgebreide beschrijving van de instrumenten die gebruikt zijn om de implementatie en doelmatigheid van de Deltamethode Gezinsvoogdij te onderzoeken, verwijzen we naar het onderzoeksverslag van Stams en collega's (2010). In de huidige studie wordt slechts een beperkt deel van de variabelen gebruikt om de implementatie in enge zin te onderzoeken.

In deze paragraaf staat per onderdeel uit de implementatiemonitor (zie figuur 9.1) aangegeven welke variabelen en schalen gebruikt zijn en vanuit welk instrument dit afkomstig is. Wanneer het een geconstrueerde schaal betreft, wordt de interne consistentie weergegeven³⁹.

³⁹ We hanteren hierbij de norm dat de interne consistentie laag is bij een Cronbach's alpha tot .40, matig bij een alpha tussen .41 en .60, redelijk bij een alpha tussen .61 en .80 en hoog bij een alpha boven .81.

A Kenmerken van cliënten

Er zijn een aantal *achtergrondkenmerken* van de cliënten meegenomen in de studie: variabelen over de sekse, leeftijd, culturele achtergrond en gezinssamenstelling.

Qua *problematiek* zijn door de onderzoekers voor dossier-analyse geconstrueerde schalen gebruikt die de internaliserende en externaliserende problematiek van de jeugdige weergeven en de zorgpunten rondom kind, adolescent, gezin en wijdere omgeving. De interne consistentie van de schalen is redelijk tot hoog, zoals te zien in tabel 9.1.

Tabel 9.1 Gebruikte onderzoeksinstrumenten voor kenmerken cliënt

Onderdeel A				
Aspect	Instrument	Variabelen in onderzoek	aantal items	Cronbach's alpha
<i>Achtergrond-gegevens cliënt</i>	- dossieranalyse	A1 sekse	1	
		A2 leeftijd	1	
		A3 culturele achtergrond	1	
		A4 gezinssamenstelling	1	
<i>Aard van de problematiek</i>	- dossieranalyse	A5 internaliserende problemen	4	.62
		A6 externaliserende problemen	4	.75
		A7 zorgpunten kind	11	.89
		A8 zorgpunten adolescent	6	.76
		A9 zorgpunten gezin	4	.78
		A10 zorgpunten wijdere omgeving	4	.87

B Uitvoering interventie

Om de uitvoering van de interventie te meten is gebruik gemaakt van verschillende variabelen en schalen die op uiteenlopende wijze zijn verzameld. Ze zijn te zien als operationalisaties van – in termen van het vorige hoofdstuk – kerncomponenten van de methodiek. Uit de dossieranalyse is de schaal *engageren door gezinsvoogd* geconstrueerd en is geïnventariseerd of het Plan van Aanpak wel of niet volgens de Deltamethode Gezinsvoogdij was opgesteld en of de ontwikkelingstaken en opvoedingstaken wel of niet concreet waren geformuleerd in de doelen. Uit de vragenlijst voor de gezinsvoogd zijn schalen geconstrueerd die aangeven in hoeverre de gezinsvoogden een aantal belangrijke aspecten uit de methode hebben uitgevoerd, te weten *engageren*, *positioneren*, *methodisch werken* en *werken aan veiligheid*. Tot slot is de uitvoering van de interventie gemeten door middel van een schaal die is geconstrueerd uit 32 items uit de vragenlijst voor teamleiders, *werken volgens Deltamethode*. De interne consistentie van de schalen is redelijk tot goed, zie tabel 9.2.

Tabel 9.2 Gebruikte onderzoeksinstrumenten voor uitvoering interventie

Onderdeel B				
Aspect	Instrument	Variabelen in onderzoek	aantal items	Cronbach's alpha
<i>Uitvoering van de interventie</i>	- dossieranalyse	B1 Engageren door gezinsvoogd	5	.82
		B2 Plan van Aanpak volgens Deltamethode	1	
		B3 Ontwikkelingstaken concreet in doelen	1	
		B4 Opvoedingstaken concreet in doelen	1	
	- vragenlijst gezinsvoogd	B5 Engageren	6	.74
		B6 Positioneren	4	.81
		B7 Methodisch werken	5	.76
		B8 Werken aan veiligheid	7	.77
	- vragenlijst teamleider	B9 Werken volgens Deltamethode	32	.93

D Kenmerken gezinsvoogden

Per gezinsvoogd zijn de sekse, leeftijd, opleiding en werkervaring als gezinsvoogd en werkervaring met de Deltamethode Gezinsvoogdij in kaart gebracht. Daarnaast is de houding ten opzichte van de ingevoerde methode gemeten aan de hand van de schaal *veranderingsbereidheid* (van de Decision Determinants Questionnaire; Bijl & Van den Bogaart, 1992; zie hoofdstuk 6). De interne consistentie van deze schaal is goed, zie tabel 9.3.

Tabel 9.3 Gebruikte onderzoeksinstrumenten voor kenmerken gezinsvoogden

Onderdeel D				
Aspect	Instrument	Variabelen in onderzoek	aantal items	Cronbach's alpha
<i>Achtergrond-gegevens</i>	- vragenlijst gezinsvoogd	D1 sekse	1	
		D2 leeftijd	1	
<i>Opleiding, werkervaring</i>	- vragenlijst gezinsvoogd	D3 opleiding	1	
		D4 werkervaring als gezinsvoogd	1	
		D5 werkervaring met Deltamethode	1	
<i>Houding ten opzichte van verandering</i>	- vragenlijst gezinsvoogd	D6 veranderingsbereidheid	41	.86

E Kenmerken implementatie

De kenmerken van de implementatie zijn gemeten door in kaart te brengen aan hoeveel Deltatrainingen een gezinsvoogd heeft deelgenomen. Daarnaast is gemeten hoe de gezinsvoogd de implementatie van de Deltamethode Gezinsvoogdij heeft ervaren met de schaal *ervaring implementatie door gezinsvoogd*.

Tabel 9.4 Gebruikte onderzoeksinstrumenten voor kenmerken implementatie

Onderdeel E				
Aspect	Instrument	Variabelen in onderzoek	aantal items	Cronbach's alpha
<i>Training</i>	- vragenlijst gezinsvoogd	E1 aantal deltatrainingen	1	
<i>Ondersteuning bij methode</i>	- vragenlijst gezinsvoogd	E2 ervaring implementatie door gezinsvoogd	7	.90

Als samenvatting van de hierboven beschreven instrumenten, staat in figuur 9.2 de geoperationaliseerde implementatiemonitor voor de Deltamethode Gezinsvoogdij.

9.2.3 Procedure

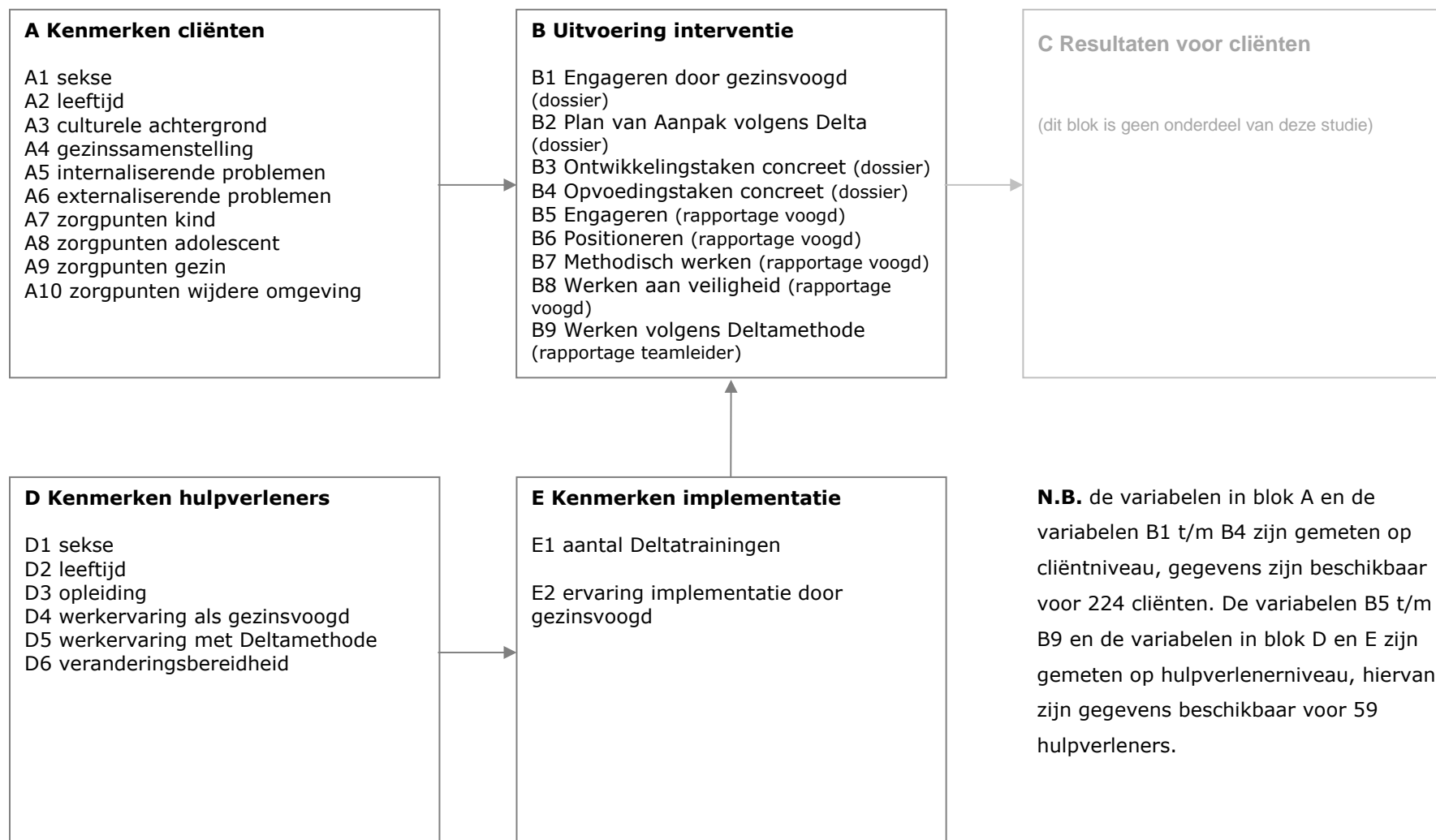
Voor het selecteren van de Bureaus Jeugdzorg en daarmee automatisch ook de teamleiders, gezinsvoogden en dossiers is gebruik gemaakt van een random steekproeftrekking.

De *vragenlijsten* voor gezinsvoogden en teamleiders zijn per post verzonden. De vragenlijsten van de gezinsvoogden konden geretourneerd worden door middel van een retourenvelop en de vragenlijsten van de teamleiders werden opgehaald wanneer het interview met de betreffende teamleider plaatsvond.

De *interviews* met de teamleiders werden zo veel mogelijk gepland op de dag dat ook het dossieronderzoek op de vestiging van de teamleider zou plaatsvinden. Wanneer dit niet lukte, werd het interview apart gepland van het dossieronderzoek of werd het interview telefonisch afgenomen. Wanneer het interview was afgenomen werd het interview uitgewerkt en werden de belangrijkste punten hiervan onder elkaar gezet en vergeleken met de andere interviews.

De *dossiers* (N = 224) werden na het bereiken van voldoende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ($Kappa > .80$) gescoord door een groep hiervoor getrainde onderzoeksstudenten onder begeleiding van twee onderzoekers. Wanneer er belangrijke informatie ontbrak in de papieren dossiers, werd gebruik gemaakt van het computer programma IJ om de benodigde gegevens alsnog te verzamelen.

Figuur 9.2 Implementatiemonitor met variabelen voor studie naar Deltamethode Gezinsvoogdij



9.2.4 Analyses

De 224 jeugdigen in deze studie hebben hulp ontvangen van 59 gezinsvoogden, we hebben te maken met geneste data en maken voor de analyses daarom gebruik van multilevel analyse. Daarnaast is er gebruik gemaakt van multiple hiërarchische regressie analyse op één niveau. De procedures voor het toevoegen van voorspellers gedurende de analyses staat beschreven in de resultatensectie. Voor alle analyses is gebruik gemaakt van SPSS 16.0.

9.3 Resultaten

In deze resultatensectie worden analyses besproken waarmee de implementatie van de Deltamethode Gezinsvoogdij gerelateerd wordt aan de uitvoering van de interventie. Omdat elke gezinsvoogd de interventie heeft uitgevoerd bij meerdere cliënten, kunnen zowel de individuele cliënt als de hulpverlener – de gezinsvoogd – van invloed kan zijn op de resultaten. Met behulp van multilevel analyses (Goldstein, 1995) is het mogelijk om een onderscheid te maken tussen effecten op cliëntniveau en effecten op hulpverlenerniveau. Een effect op hulpverlenerniveau impliceert dat hulpverleningstrajecten die door één hulpverlener zijn uitgevoerd meer met elkaar gemeen hebben dan trajecten die door andere hulpverleners zijn uitgevoerd.

Het onderscheid tussen effecten op cliënt- en hulpverlenerniveau is alleen te maken als de criteriumvariabele ook gemeten is op het cliëntniveau. Bij een deel van de criteriumvariabelen is dat het geval, bij een deel niet. Afhankelijk van het niveau waarop de variabelen gemeten zijn, wordt daarom gebruik gemaakt van multilevel analyse (voor criteriumvariabele B1 t/m B4) of multiple hiërarchische regressie analyse (voor criteriumvariabele B5 t/m B9).

De *criteriumvariabelen* zijn de variabelen waarmee de uitvoering van de interventie is gemeten:

- B1 Engageren door gezinsvoogd (gemeten op cliëntniveau)
- B2 Plan van Aanpak volgens Delta (gemeten op cliëntniveau)
- B3 Ontwikkelingstaken concreet in doelen (gemeten op cliëntniveau)
- B4 Opvoedingstaken concreet in doelen (gemeten op cliëntniveau)
- B5 Engageren (gemeten op hulpverlenerniveau)
- B6 Positioneren (gemeten op hulpverlenerniveau)
- B7 Methodisch werken (gemeten op hulpverlenerniveau)
- B8 Werken aan veiligheid (gemeten op hulpverlenerniveau)
- B9 Werken volgens Deltamethode (gemeten op hulpverlenerniveau)

De *voorspellende variabelen* zijn ten eerste de kenmerken van de implementatie en daarna de kenmerken van de cliënt en de kenmerken van de hulpverlener.

9.3.1 Samenhang criteriumvariabelen en voorspellers

In tabel 9.5 staat de samenhang tussen de verschillende onderdelen in de implementatiemonitor gepresenteerd. Dit laat al zien in hoeverre er een verband is tussen de voorspellende variabelen en de negen criteriumvariabelen. In de volgende paragraaf worden de verbanden getoetst.

Tabel 9.5 *Correlatietabel criteriumvariabelen en voorspellers uitvoering interventie*

criteriumvariabelen →	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9
	Engageren door gezinsvoogd	Plan van Aanpak volgens Delta	Ontwikkelingstake n concreet in doelen	Opvoedingstaken concreet in doelen	Engageren	Positioneren	Methodisch werken	Werken aan veiligheid	Werken volgens Delta
Voorspellers ↓	n=224	n=224	n=224	n=224	n=60	n=60	n=60	n=60	n=60
<i>E Kenmerken implementatie</i>									
E1 aantal Deltatrainingen	-.17*								
E2 ervaring implementatie door gezinsvoogd		.20**	.16*		.20**				
<i>A Kenmerken cliënt</i>									
A1 sekse	-.11~			-.16*	-	-	-	-	-
A2 leeftijd			-.13~		-	-	-	-	-
A3 culturele achtergrond		.11~			-	-	-	-	-
A4 gezinssamenstelling					-	-	-	-	-
A5 internaliserende problemen	-.14*				-	-	-	-	-
A6 externaliserende problemen	-.21**		-.14*	-.16**	-	-	-	-	-
A7 zorgpunten kind	-.15*		-.22**	-.24**	-	-	-	-	-
A8 zorgpunten adolescent	-.15*		-.22**	-.24**	-	-	-	-	-
A9 zorgpunten gezin			-.23**	-.15*	-	-	-	-	-
A10 zorgpunten bredere omgeving	-.14*	-.22**	-.21**	-.16*	-	-	-	-	-
<i>D Kenmerken hulpverlener</i>									
D1 sekse									
D2 leeftijd	-.13~				.23~		.27*		
D3 opleiding									
D4 werkervaring als gezinsvoogd		-.11~		-.12~					-.38**
D5 werkervaring met Deltamethode		.30**		.13*					.30*
D6 veranderingsbereidheid		.14*			.25~				

Noot *** p<.00 ** p<.01 * p<.05 ~ p<.10

- = correlatie niet berekend vanwege verschillende meetniveau's
leeg vakje = geen significante correlatie

In tabel 9.5 is te zien dat het aantal Deltatrainingen negatief samenhangt ($r = -.17$) met engageren door gezinsvoogd (dit is de mate waarin Deltakenmerken zijn gescoord in het dossier). Daarnaast is te zien dat de wijze waarop gezinsvoogden de implementatie hebben ervaren samenhangt met drie aspecten van de uitvoering van de methodiek: ten eerste of het Plan van Aanpak volgens principes van de methode is ($r = .20$), ten tweede of de ontwikkelingstaken voor jeugdigen concreet in de doelen staan ($r = .16$) en ten derde in hoeverre hulpverleners aangeven te engageren in de hulpverlening ($r = .20$).

Naast de samenhang tussen de implementatie en de uitvoer van de Deltamethode Gezinsvoogdij geeft de tabel informatie over de samenhang tussen cliënt- en hulpverlenerkenmerken en de uitvoering van de methodiek.

Bij de kenmerken van de cliënt is te zien dat de problematiek van cliënten samenhangt met de mate waarin uit dossieronderzoek blijkt dat er sprake is van engageren van de gezinsvoogd (B1) en bij de mate waarin ontwikkelingstaken (B3) en opvoedingstaken (B4) concreet in de doelen staan omschreven. De problematiek van cliënten is minder sterk gerelateerd aan het Plan van Aanpak (B5). Daar lijkt de samenhang met kenmerken van de hulpverlener belangrijker.

Bij de kenmerken van de hulpverlener blijkt dat de werkervaring met de Deltamethode positief samenhangt met aspecten van de uitvoering van de methodiek, terwijl werkervaring als gezinsvoogd negatief samenhangt met aspecten van de uitvoering.

9.3.2 Toetsen implementatie in enge zin

Procedure multilevel analyses

Bij de variabelen B1 t/m B4 werd met multilevel analyses een stapsgewijze aanpak gehanteerd naar een model waarmee de relatie tussen de implementatie van de Deltamethode Gezinsvoogdij en de uitvoering van de hulp het beste verklaard kon worden. Die stapsgewijze aanpak bestaat uit een *nulmodel* en een *verklarend model* met voorspellers.

In eerste instantie is per criteriumvariabele (de variabelen B1 t/m B4, zie figuur 9.2) een zogenaamd *nulmodel* gecreëerd. Dit is een model zonder voorspellers, waardoor zichtbaar wordt in hoeverre verschillen in de uitvoering van de Deltamethode toe te schrijven zijn aan het cliëntniveau of aan het hulpverlenerniveau.

Als het nulmodel laat zien dat er *een significant hulpverlenereffect* is, is het de vraag welke onafhankelijke variabelen op het niveau van de hulpverlener de verschillen tussen

hulpverleners verklaren en welke variabelen op het niveau van de cliënt de verschillen tussen cliënten verklaren. Het toevoegen van voorspellers gebeurde in een hiërarchische volgorde:

- In stap 1 werden de belangrijkste voorspellers vanuit de hypothese toegevoegd – het aantal Deltatrainingen en de Ervaring implementatie door gezinsvoogd.
- In stap 2 werden kenmerken van de cliënt toegevoegd – sekse, leeftijd, culturele achtergrond, gezinssamenstelling, internaliserende problemen, externaliserende problemen, zorgpunten van kind, adolescent, gezin, omgeving.
- In stap 3 werden kenmerken van de hulpverlener toegevoegd – sekse, leeftijd, opleiding, werkervaring als gezinsvoogd, werkervaring met de Deltamethode en veranderingsbereidheid.

Wanneer het toevoegen van variabelen geen verbetering van het model opleverde, werden de variabelen verwijderd en kwamen deze niet terecht in het uiteindelijke *verklarende model*. Wanneer het nulmodel liet zien dat er *geen significant hulpverlenereffect* èn wanneer variabelen gemeten zijn op hulpverlenerniveau (variabelen B5 t/m B9), zijn analyses met multiple hiërarchische regressieanalyse uitgevoerd. Hieronder presenteren we de significante modellen. Criteriumvariabelen B2, B3, B4 zijn dichotome variabelen. Criteriumvariabele B2 – Plan van Aanpak volgens Delta – laat zien of het plan van aanpak wel of niet volgens de Deltamethode is opgesteld. Criteriumvariabelen B3 en B4 laten respectievelijk zien of de ontwikkelingstaken en de opvoedingstaken concreet in de doelen vermeld staan. Om deze drie variabelen te onderzoeken is gebruik gemaakt van multilevel analyse met dichotome criteriumvariabele (wel of niet). Anders dan bij multilevel analyse met een continue criteriumvariabele, is het bij een dichotome criteriumvariabele niet mogelijk om de variantie op de verschillende niveaus (cliënt en hulpverlener) te onderscheiden en de significantie van modellen te toetsen. Het is wel mogelijk om stapsgewijs voorspellers toe te voegen en de significante voorspellers worden in tabellen gepresenteerd.

B1 Engageren door gezinsvoogd

Uit tabel 9.6 blijkt dat het engageren door gezinsvoogd, zoals dit uit de dossieranalyse naar voren is gekomen, vooral afhankelijk is van cliëntkenmerken (84%) en in mindere mate van hulpverlenerkenmerken (16%). Dit verschil is significant.

Om de verschillen in engageren door gezinsvoogd te verklaren, zijn voorspellers toegevoegd. Op hulpverlenerniveau blijkt het aantal deltatrainingen een significante negatieve voorspeller te zijn ($b=-.15$), hoe meer training een gezinsvoogd heeft gevolgd, hoe minder uit het dossier

blijkt dat de hulpverlener de vaardigheid engageren heeft gebruikt. Op cliëntniveau blijkt dat er bij jongens minder sprake is van engageren door de gezinsvoogd en dat ook externaliserende problematiek en zorgpunten van het gezin negatieve voorspellers zijn. Het verklarende model met voorspellers verklaart 8% van de verschillen tussen hulpverleners en 3% van de verschillen tussen cliënten. Het model verklaart in totaal 11% van de variantie in engageren door gezinsvoogden. Dit model is een significante verbetering ten opzichte van het nulmodel ($X^2(4)=21.80, p<.001$).

Tabel 9.6 Multilevelmodel voor criteriumvariabele B1 Engageren door gezinsvoogd

	Deviance	Variantie		b	t	p
		onverklaard	verklaard			
Nulmodel	628.62					
<i>hulpverlenerniveau</i>		.16	16%			
<i>cliëntniveau</i>		.84	84%			
Verklarend model met voorspellers	606.82					
<i>hulpverlenerniveau</i>		.08	8%			
E1 Aantal Deltatrainingen				-.15	-2.10	.04
<i>cliëntniveau</i>		.81	3%			
A1 Sekse cliënt				-.13	-2.11	.04
A6 Externaliserende problemen				-.23	-3.56	.00
A9 Zorgpunten gezin				-.16	-2.44	.02

Tabel 9.7 Multilevelmodel voor criteriumvariabele B2 Plan van Aanpak volgens Delta

					b	t	p
Verklarend model met voorspellers							
<i>hulpverlenerniveau</i>							
E2 Ervaring implementatie gezinsvoogd					.81	2.37	.02
D5 Werkervaring met Deltamethode					.32	2.56	.02
E2*D5 interactie ervaren implementatie en werkervaring					-.04	-2.06	.05

B2 Plan van Aanpak volgens Delta

Uit tabel 9.7 blijkt dat het al dan niet opstellen van een Plan van Aanpak volgens Delta, wordt beïnvloed door de wijze waarop gezinsvoogden de implementatie hebben ervaren en door de werkervaring die zij hebben met de Deltamethode. Op hulpverlenerniveau bleek de ervaren implementatie van de gezinsvoogd een significante voorspeller te zijn, deze voorspeller

verliest echter aan kracht wanneer ook de ervaring van de gezinsvoogd in het werken met de Deltamethode wordt toegevoegd: er blijkt een significant interactie-effect van de ervaren implementatie en de werkervaring met de Deltamethode. Nader onderzoek hiernaar wijst uit dat als gezinsvoogden *minder ervaring* hebben met de Deltamethode, dat de wijze waarop hulpverleners de implementatie hebben ervaren dan een voorspeller is voor het al dan niet schrijven van het Plan van Aanpak volgens de Deltamethode. Als gezinsvoogden *meer ervaring* hebben met de Deltamethode, is de ervaren implementatie geen significante voorspeller meer.

Voor de variabelen B3 en B4, de mate waarin ontwikkelingstaken en opvoedingstaken concreet in de doelen zijn geformuleerd, zijn *geen* significante voorspellers gevonden.

Procedure multiple hiërarchische regressie analyses

Bij de multiple hiërarchische regressie analyses werd in eerste instantie bekeken welke relatie de belangrijkste voorspeller – het aantal Deltatrainingen en de Ervaring implementatie door gezinsvoogd – had met de criteriumvariabelen die op hulpverlenerniveau zijn gemeten (B5 t/m B9). De belangrijkste voorspellers zijn steeds weergegeven in het uiteindelijke regressiemodel, al dan niet als significante voorspeller. Vervolgens zijn stapsgewijs andere verklarende factoren toegevoegd, namelijk de kenmerken van de hulpverlener. Wanneer toevoegen van deze variabelen geen verbetering opleverde, werden de variabelen verwijderd en kwamen deze niet terecht in het uiteindelijke verklarende model.

Voor de variabelen B5, B6, B8 en B9 – engageren, positioneren, werken aan veiligheid en werken volgens Deltamethode – is geen significante samenhang gevonden met de implementatie. Alleen voor de criteriumvariabele B7, methodisch werken, is een significante samenhang gevonden.

B7 Methodisch werken

In tabel 9.8 staat een regressiemodel weergegeven waarin het aspect ‘methodisch werken’ van de Deltamethode Gezinsvoogdij voorspeld wordt door kenmerken van de implementatie en kenmerken van de hulpverlener. Hieruit blijkt dat het aantal Deltatrainingen een significante negatieve samenhang laat zien met de mate waarin hulpverleners methodisch werken ($b=-.23$), wat aangeeft dat meer Deltatrainingen samengaat met minder methodisch werken. Wanneer hulpverleners positieve ervaring met de implementatie van de Deltamethode

hadden, werken zij meer methodisch ($b=.28$). Verder blijkt dat de leeftijd van de gezinsvoogd samenhangt met het methodisch werken: oudere hulpverleners werken meer methodisch dan jongere hulpverleners ($b=.31$). Tot slot is er een kleine samenhang tussen de werkervaring met de Deltamethode en de mate waarin er methodisch gewerkt wordt ($b=.06$). Het regressiemodel verklaart in totaal 21% van de variantie in methodisch werken door gezinsvoogden.

Tabel 9.8 *Regressiemodel voor criteriumvariabele B7 Methodisch werken*

Voorspellers	<i>R</i>	<i>R</i> ²	ΔR^2	<i>FCh</i>	<i>b</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Stap 1							
E1Aantal Deltatrainingen	-.17	.03	.03	6.51	-.23	-3.76	.00
E2 Ervaring implementatie door gezinsvoogd	.32	.10	.08	18.61	.28	4.48	.00
Stap 2							
D2 Leeftijd gezinsvoogd	.45	.20	.10	25.95	.31	5.16	.00
D4 Werkervaring met Deltamethode	.46	.21	.01	3.89	.06	1.97	.05

Noot oplossing regressiemodel $F(3;56)=3.80$, $p<.05$

9.4 Discussie

In dit hoofdstuk is de implementatie in enge zin van de Deltamethode Gezinsvoogdij bij de Bureaus Jeugdzorg in Nederland onderzocht. De onderzoeksvraag die in deze studie centraal stond was: *Welke factoren zijn van invloed op succesvolle implementatie in enge zin?* En daarbij hoorde de deelvragen: *Is er een verband tussen uitvoering van de interventie en kenmerken van de implementatie?* en *Wordt dit verband beïnvloed door kenmerken van de cliënt en kenmerken van de hulpverlener?*

Bij het lezen van dit discussiedeel is het van belang vooraf op te merken dat de bevindingen steeds statistisch verklaarde variantie betreffen en daarom geen causale interpretaties toelaten.

Uit de bevindingen in dit hoofdstuk kunnen we ten eerste concluderen dat er een klein verband is gevonden tussen de uitvoering van de interventie en kenmerken van de implementatie.

- Correlationeel onderzoek laat zien dat er sprake is van negatieve samenhang tussen het aantal Deltatrainingen en de mate waarin in het dossier aanwijzingen gevonden zijn voor engageren door de gezinsvoogd.
- Correlationeel onderzoek laat verder zien dat gezinsvoogden die de implementatie positiever hebben ervaren, bepaalde aspecten van de methodiek beter uitvoeren: het Plan van Aanpak is vaker volgens de Deltamethode opgesteld, de ontwikkelingstaken zijn vaker concreet vertaald in de doelen en de hulpverlener geeft aan vaker te engageren.
- Uit analyses kunnen we opmaken dat er voor veel aspecten van de uitvoering van de methodiek geen significante verbanden gevonden zijn met de implementatie. Voor enkele aspecten zijn zwakke verbanden gevonden tussen de implementatie van de Deltamethode en de aspecten van de uitvoering van de methodiek. Deze verbanden zijn niet altijd in de verwachte richting; meer training hangt samen met minder methodisch werken.

Ten tweede kunnen we concluderen dat – op het kleine verband tussen uitvoering en implementatie – kenmerken van de hulpverlener en van de cliënt van invloed zijn.

- Uit dit onderzoek blijkt dat werkervaring van de hulpverlener samenhangt met de uitvoering van de methodiek. Echter, er is een negatieve samenhang met werkervaring als gezinsvoogd en een positieve samenhang met werkervaring met

de Deltamethode. Het lijkt alsof werkervaring op zichzelf ervoor zorgt dat gezinsvoogden hun eigen weg gaan en niet de aspecten van de methodiek uitvoeren, terwijl ervaring met de Deltamethode gezinsvoogden in staat stelt de methodiek beter uit te voeren.

Dit is een interessant gegeven, omdat ook in de studie naar implementatie van de Methodiek Ambulante Hulp bij Jeugdformaat naar voren kwam dat algemene ervaring in de jeugdzorg een negatieve voorspeller is voor goede uitvoering van de hulp. Blijkbaar is het voor het integer uitvoeren van de methodiek vooral van belang om ervaring te hebben met die betreffende methodiek en is algemene ervaring in de jeugdzorg juist een belemmering om programma-integer volgens een bepaalde nieuwe methodiek te werken.

- Net als bij de studie naar de Methodiek Ambulante Hulp bij Jeugdformaat lijkt de cliënt een dominante factor te zijn in hoe de interventie uiteindelijk vorm krijgt. Dit is niet wenselijk als we in ogenschouw nemen dat integer uitvoeren van de interventie voor betere resultaten bij de cliënt zorgt. Het impliceert dat gezinsvoogden nog beter ondersteund moeten worden om de Deltamethode Gezinsvoogdij goed uit te voeren, ook bij cliënten waarbij dat moeilijker gaat.
- Uit het onderzoek van Stams en anderen (2010) bleek dat een Plan van Aanpak dat is opgesteld volgens de Deltamethode een halvering van de kans op uithuisplaatsing betekende. Of het Plan van Aanpak volgens de Deltamethode is opgesteld hangt in onze studie samen met de wijze waarop gezinsvoogden de implementatie van de Deltamethode ervaren hebben. Uit de analyses in dit hoofdstuk kunnen we opmaken dat het voor het opstellen van een goed Plan van Aanpak bij beginnende gezinsvoogden van belang is hoe zij ondersteund zijn gedurende de implementatie van de methode, terwijl die implementatie minder belangrijk wordt naarmate de gezinsvoogd meer ervaring krijgt met de methode.

In deze studie komen slechts zwakke verbanden naar voren tussen implementatie en uitvoering. Een mogelijke verklaring hiervoor is te vinden in de studie van Stams en collega's (2010). Daaruit blijkt dat de implementatie van de methodiek niet goed is verlopen. Respondenten in het onderzoek van Stams en collega's geven aan dat zij ontevreden waren met de informatieverstrekking, dat de trainingen niet voldoende gedifferentieerd werden aangeboden en dat er onvoldoende tijd was om te oefenen met de werkwijze en onvoldoende

tijd voor begeleiding van teamleiders aan gezinsvoogden. De studie bij Jeugdformaat heeft geïllustreerd hoe belangrijk de rol van begeleiders bij de uitvoering van de interventie kan zijn. Een tekort aan begeleiding kan er mogelijk voor zorgen dat de uitvoering van de interventie in een negatieve spiraal terecht komt: de gezinsvoogd voert een onderdeel uit de interventie niet goed uit, wordt hier niet op begeleid en gaat het vervolgens steeds slechter of minder vaak toepassen.

Al met al is het zeer goed mogelijk dat de implementatie van de Deltamethode Gezinsvoogdij onvoldoende was, waardoor verbanden tussen implementatie en uitvoer van de hulp niet duidelijk zichtbaar zijn.

9.5 Samenvatting

In dit hoofdstuk is de implementatie in enge zin – de programmaintegriteit – van de Deltamethode Gezinsvoogdij bij Bureaus Jeugdzorg in Nederland onderzocht. In deze studie is gebruik gemaakt van de implementatiemonitor om het implementatieproces van de methodiek bij Bureaus Jeugdzorg overzichtelijk weer te geven en te onderzoeken. Aan de hand van secundaire analyses op gegevens die zijn verzameld door Stams en collega's (2010) is onderzocht welke factoren van invloed zijn op een integrale uitvoering van de Deltamethode Gezinsvoogdij. Daarbij is het van belang dat de gezinsvoogd de vaardigheden engageren en positioneren toepast, dat de hulp gericht is op ontwikkeling van de jeugdige en op opvoedingstaken en dat de veiligheid van de jeugdige centraal staat.

Met gegevens van 224 cliënten en 60 gezinsvoogden, verzameld via dossieranalyse, vragenlijsten en interviews, is onderzocht in hoeverre de implementatie van de Deltamethode heeft bijgedragen aan het integer uitvoeren van de methode. Verder is bekeken welk aandeel cliënten en gezinsvoogden hebben in de uitvoering van de Deltamethode.

De resultaten laten zien dat er voor de zeven indicatoren voor een integrale uitvoering van de methode slecht met enkele indicatoren een samenhang is gevonden met de implementatie. Er is sprake van negatieve samenhang tussen het aantal Deltatrainingen en de mate waarin in het dossier aanwijzingen gevonden zijn voor engageren door de gezinsvoogd. Verder blijkt dat gezinsvoogden die de implementatie positiever hebben ervaren, bepaalde aspecten van de methodiek beter uitvoeren: het Plan van Aanpak is vaker volgens de Deltamethode opgesteld, de ontwikkelingstaken zijn vaker concreet vertaald in de doelen en de hulpverlener geeft aan vaker te engageren. Verder blijkt dat over het algemeen vooral cliëntfactoren van gerelateerd zijn aan het uitvoeren van de methode. Een hulpverlenerfactor die van belang is, is de hoeveelheid werkervaring met de Deltamethode.

Het vermoeden bestaat dat de zwakke verbanden tussen de implementatie en de uitvoering van de methode veroorzaakt worden door een implementatieproces waarover gezinsvoogden niet erg tevreden waren.

Reflectie

10 Discussie

10.1 Inleiding

Het doel van dit proefschrift is factoren aan te wijzen die leiden tot een succesvolle en duurzame implementatie van nieuwe of vernieuwde interventies in de jeugdzorg. Om dit doel te bereiken is er in de verschillende delen van dit proefschrift aandacht besteed aan: (1) theorievorming over implementatie in de jeugdzorg, (2) het operationaliseren van belangrijke concepten en (3) toetsing van de theoretische principes door middel van empirisch onderzoek.

Deel I is het theoretische gedeelte van het proefschrift.

In hoofdstuk 2 is een kader geschetst voor implementatie in de jeugdzorg door middel van een definitie en een theoretisch model. Vervolgens is in hoofdstuk 3 een overzicht gegeven van wat er in de (onderzoeks)literatuur staat beschreven over succesfactoren in implementatie. In hoofdstuk 4 is een beeld geschetst van hoe er in de dagelijkse praktijk van de jeugdzorg met implementeren wordt omgegaan en wat volgens ‘ervaringsdeskundigen’ succesfactoren zijn.

Deel II van dit proefschrift gaat over het operationaliseren van het theoretisch model.

In hoofdstuk 5 is aan de hand van de casus van Jeugdformaat aan bod gekomen hoe met behulp van de implementatiemonitor belangrijke determinanten en strategieën van implementeren zijn te meten. In hoofdstuk 6 en hoofdstuk 7 is vervolgens een beschrijving gegeven van psychometrisch onderzoek naar twee meetinstrumenten waarmee kenmerken van de professional gemeten kunnen worden.

In deel III van dit proefschrift staat empirisch onderzoek centraal.

In hoofdstuk 8 staat de hoofdstudie van dit proefschrift beschreven: onderzoek naar de implementatie in enge en brede zin – programma-integriteit en resultaten voor cliënten – van de Methodiek Ambulante Hulp bij Jeugdformaat. In hoofdstuk 9 is eenzelfde manier van

onderzoeken toegepast op de implementatie in enge zin van de Deltamethode Gezinsvoogdij bij de Bureaus Jeugdzorg in Nederland.

In het onderhavige discussiehoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen uit het onderzoek kort samengevat en wordt gereflecteerd op deze bevindingen. In dat kader bespreken we de opbrengst van het onderzoek voor de wetenschap en de praktijk, het bereik en de beperkingen van dit proefschrift en de implicaties voor verder onderzoek en de praktijk.

10.2 Conclusies

De eerste vier onderzoeksvragen die we in hoofdstuk 1 stelden gaan over theoretische en praktische kennis over implementatie van interventies in de jeugdzorg. Twee volgende onderzoeksvragen gaan over het meten van een implementatieproces en de laatste twee gaan over de uitkomsten uit empirisch onderzoek.

10.2.1 Kennis over implementatie

1. *Wat verstaan we onder implementatie?*

In dit proefschrift hebben we steeds implementatie in enge en brede zin onderscheiden: in enge zin is een interventie succesvol geïmplementeerd als deze wordt uitgevoerd zoals bedoeld, in brede zin is een interventie succesvol geïmplementeerd als daarnaast de beoogde resultaten bij cliënten behaald worden. Vanuit dat perspectief komen we tot de volgende definitie voor implementatie: *Een procesmatige en planmatige invoering van een interventie met als doel dat de interventie duurzaam wordt uitgevoerd zoals bedoeld en dat de beoogde uitkomsten behaald worden. Met andere woorden, een interventie wordt programma-integer uitgevoerd en dat leidt tot de bedoelde verbetering bij de jeugdigen; bovendien zijn deze uitvoering en uitkomsten blijvend.*

2. *Welke factoren zijn volgens de literatuur van invloed op succesvolle implementatie?*

Volgens de literatuur zijn er zeer veel factoren van invloed op succesvolle implementatie. Deze factoren zijn in te delen in clusters van determinanten met betrekking tot de interventie, de professionals, de organisatie en de context. Voor een succesvol implementatieproces is het belangrijk om de determinanten in kaart te brengen met behulp van een determinantenanalyse. Vervolgens kan op basis van de determinantenanalyse en met aandacht voor de fasering van het implementatieproces een implementatiestrategie ontworpen worden. In de onderzoeksliteratuur wordt vaak geconcludeerd dat een passieve strategie, zoals het verspreiden van informatie, niet effectief is. Bij die bevinding wordt te weinig rekening gehouden met de fase waarin die strategie wordt toegepast. Voor de eerste fase van het implementatieproces is verspreiding van informatie namelijk wel degelijk van belang.

Bij de uitvoering van de implementatiestrategie strekt het tot aanbeveling om zowel de implementatie in enge zin – de programma-integriteit – als de implementatie in brede zin – de doeltreffendheid van de interventie – te monitoren en te evalueren. Aan de hand van monitor- en evaluatiegegevens kan de implementatie waar nodig bijgesteld worden, zodat duurzame implementatie in enge en brede zin te realiseren is.

3. *Welke kennis hebben ontwikkelaars over de implementatie van 'hun' interventies in de praktijk?*

Sleutelfiguren uit de praktijk van de jeugdzorg onderschrijven het belang van een gefaseerde implementatie en van de invloed van allerlei determinanten. In de praktijk worden successen behaald met combinaties van implementatieactiviteiten die zich richten op verschillende determinanten en fasen van het implementatieproces. Bij de interventie Triple P gaat de implementatie bijvoorbeeld gepaard met: publicaties, nieuwsbrieven, een handleiding, een implementatieplan, een startbijeenkomst, een projectleider, trainingen, intervisie en onderzoek naar uitvoering en uitkomsten.

Uit de interviews met ervaringsdeskundigen blijkt echter ook dat het nog niet gangbaar is dat er een determinantenanalyse wordt uitgevoerd en dat er een strategie op maat wordt ontworpen voor de plek waar een interventie geïmplementeerd moet worden. Anders gezegd, men past in de praktijk strategieën toe, maar dit lijkt niet bewust te gebeuren.

4. *Hoe is de kennis over implementatie te vertalen in een voor de jeugdzorg bruikbaar theoretisch model?*

Op basis van de literatuur is in dit proefschrift de kennis over implementatie in een theoretisch model vertaald (zie figuur 2.3 in paragraaf 2.5). De begrippen fasering, determinanten en strategie vormen de kern van het implementeren. Verder is het van belang wat precies geïmplementeerd moet worden: een methode, protocol, training, richtlijn of een aanpassing op een bestaande interventie. In het theoretisch model staat het belang van een procesmatige – *plan-do-study-act* – aanpak weergegeven: door de uitvoering en de resultaten te monitoren wordt duidelijk wat al goed gaat en op welke onderdelen de interventie nog niet goed uitgevoerd wordt of waar resultaten voor cliënten nog tegenvallen. Monitorgegevens kunnen op deze manier benut worden om beter te sturen of te begeleiden op het uitvoeren van de interventie en zo tot een meer succesvolle implementatie te komen, zowel in enge als in brede zin.

10.2.2 Het meten van het implementatieproces

5. *Hoe is de implementatie van interventies in de jeugdzorg te meten?*

6. *Welke instrumenten zijn geschikt om de implementatie van interventies en beïnvloedende factoren in de jeugdzorg te meten?*

De implementatiemonitor is een schematische weergave van onderdelen die van belang zijn

in een implementatieproces van een bepaalde interventie bij een specifieke instelling in de jeugdzorg. De monitor is ondersteunend bij het operationaliseren van het implementatieproces: aan de hand van deze monitor is het mogelijk om een onderzoek te ontwerpen, gegevens te verzamelen en analyses uit te voeren op het gebied van implementatie in de jeugdzorg.

In hoofdstuk 5 staan aan de hand van een uitgewerkte casus instrumenten genoemd die geschikt zijn om implementatie en daarmee samenhangende factoren te meten. In dit proefschrift is verder specifieke aandacht besteed aan de psychometrische eigenschappen van de Decision Determinants Questionnaire en de Vragenlijst Kerncomponenten. Dit blijken geschikte instrumenten om kenmerken van professionals – veranderingsbereidheid en competenties – te meten.

10.2.3 Succesfactoren volgens de empirische studies

7. *Welke factoren blijken uit dit onderzoek van invloed op de implementatie van interventies in de jeugdzorg?*

Uit onderzoek naar het implementatieproces bij Jeugdformaat blijkt dat er een positief verband is tussen de uitvoering van de hulp en de resultaten bij cliënten. Er is geen direct verband gevonden tussen de implementatie en de resultaten voor de cliënt. Er blijkt wel een positieve samenhang te bestaan tussen de implementatieactiviteiten en de uitvoering van de hulp. Op basis van het correlatieve onderzoek dat is uitgevoerd, kunnen we geen causale invloed van factoren vaststellen, het betreft steeds statistisch verklaarde variantie. De gevonden samenhang doet ons echter wel vermoeden dat de implementatie in enge zin te beïnvloeden is aan de hand van implementatieactiviteiten. We denken dat hiermee indirect ook de implementatie in brede zin te beïnvloeden is. Verder onderzoek zal moeten uitwijzen of er inderdaad sprake is van causale relaties.

De hulpverlener blijkt uit literatuurstudie een belangrijke beïnvloedende en te beïnvloeden factor als het gaat om de uitvoering van de hulp. Uit empirisch onderzoek bij Jeugdformaat blijkt dat competenties, veranderingsbereidheid en werkervaring van de hulpverlener samenhangen met de uitvoering van de hulp. De methodiek wordt beter uitgevoerd door hulpverleners die competent zijn, door hulpverleners die bereid zijn te veranderen. Voor werkervaring vonden we bij Jeugdformaat een negatief verband: hulpverleners met minder werkervaring voeren de interventie beter uit. Bij de Bureaus Jeugdzorg bleek dat meer

werkervaring met de interventie juist samenhang met een betere uitvoering. Verder blijkt dat hulpverleners die goed begeleid worden de interventie beter uitvoeren zoals deze is bedoeld. Uit dezelfde studie bleek echter ook dat begeleiding vooral gericht was op aspecten van de methodiek waar hulpverleners al goed in zijn. Veel minder aandacht werd besteed aan de aspecten waar ze niet goed in zijn en waar ze dus juist op begeleid zouden moeten worden. Bij de Bureaus Jeugdzorg bleek dat er steeds minder tijd beschikbaar was voor een goede begeleiding van de gezinsvoogden. Kortom, uit beide implementatiestudies komt naar voren dat begeleiding van professionals belangrijk is, maar het vergt inspanning om die begeleiding goed aan te laten sluiten bij de hulpverleners en het is van belang om er voldoende tijd voor te nemen.

Een andere belangrijke factor die, zoals blijkt uit de literatuurstudie, van invloed is op het implementatieproces is de cliënt – de jeugdige en diens gezin – die deelneemt aan de interventie. In de studie bij Jeugdformaat en bij de Bureaus Jeugdzorg bleek dat verschillen in uitvoering van de interventie voor een groot deel samenhangen met verschillen tussen cliënten. De uitvoering van de interventie blijkt voor een groot deel te variëren met de kenmerken van cliënten: de hulpverlener past zijn manier van werken aan de individuele cliënt aan. Ook de resultaten van de hulp blijken sterk gerelateerd aan kenmerken van de cliënt, met name aan de ernst van de problematiek van de cliënt bij aanvang van de hulp. Hierover hebben we een belangrijke bevinding gedaan. De doelgroep is namelijk erg gevarieerd (een deel heeft ernstige problematiek, een belangrijk deel ook helemaal niet). Die grote variatie maakt wellicht dat de implementatie in enge zin lastig is, omdat hulpverleners bemerken dat de interventie die is ontwikkeld voor de geïndiceerde zorg mogelijk niet altijd goed aansluit bij die ernst van de problematiek. Hier komen we op terug bij de opbrengst en implicaties van dit onderzoek.

8. *Welke aanbevelingen kunnen uit dit onderzoek gedestilleerd worden over de implementatie van interventies?*

Uit het onderzoek in dit proefschrift kunnen we vijf concrete aanbevelingen formuleren voor het implementeren van interventies in de jeugdzorg:

1. Zorg dat duidelijk is **waarom** een interventie geïmplementeerd gaat worden: voor wie is de interventie bedoeld en welke resultaten worden beoogd voor die doelgroep?
2. Zorg dat de te implementeren interventie **‘een goed product’** is. Ten eerste

betekent dit dat de interventie kan bijdragen aan het bereiken van de gewenste resultaten bij een afgebakende doelgroep; de interventie moet (in potentie) effectief zijn. Daarnaast moet de interventie goed hanteerbaar zijn: de beschrijving moet duidelijke aanwijzingen geven aan professionals om bij diverse cliënten de werkzame principes van de interventie goed uit te voeren. Het moet helder zijn welke werkzame principes hoe dan ook behouden moeten worden, ongeacht de diversiteit aan cliënten in de doelgroep.

3. Voer een **determinantenanalyse** uit, zodat duidelijk is welke belemmerende en bevorderende factoren mogelijk van invloed zijn op het implementatieproces. Hiermee wordt ook duidelijk welke factoren wel en niet te beïnvloeden zijn en wat dit betekent voor de verwachtingen ten aanzien van het behalen van het beoogde resultaat.
4. Selecteer een **implementatiestrategie** en –activiteiten die passen bij de interventie, bij de beoogde resultaten en bij de determinanten die op het proces van invloed zijn. Het is belangrijk om aandacht te besteden aan de voortdurende ondersteuning van professionals gedurende alle fasen van het implementatieproces. Sluit aan bij sterke competenties van de hulpverleners, maar besteed tevens voldoende aandacht aan zwakke competenties. Uit beide empirische studies in dit proefschrift blijkt dat de implementatie in eerste instantie stevig wordt ingezet (trainingen, begeleiding), maar dat dit na verloop van tijd verwatert (minder tijd en aandacht voor begeleiding). Terwijl het juist in de fase van borging erg belangrijk is om op de programma-integriteit te blijven sturen. Wanneer dit niet voldoende gebeurt, ontstaat er veel diversiteit in de uitvoering van de hulp tussen professionals.
5. **Monitor** de implementatie in enge en brede zin en benut de gegevens om een goede borging van de interventie mogelijk te maken. Het monitoren van de implementatie in enge zin – de programma-integriteit – kan werken als een continue reminder voor hulpverleners om zich aan de interventiebeschrijving te houden. Daarnaast kan informatie over de programma-integriteit in begeleidingsmomenten gebruikt worden om de hulpverlener op maat te begeleiden en te sturen in het professionele handelen. Hierbij moet specifieke aandacht zijn voor welke elementen van de interventie meer of minder worden uitgevoerd, zodat begeleiding van professionals daarop afgestemd kan worden.

Het monitoren van de implementatie in brede zin maakt duidelijk of beoogde resultaten met de interventie behaald worden.

In de volgende paragraaf zullen we uiteenzetten hoe dit onderzoek bijdraagt aan de jeugdzorg op wetenschappelijk en praktisch vlak.

10.3 Opbrengst van dit onderzoek

In het eerste hoofdstuk van dit proefschrift staat aangegeven dat de opbrengst van dit onderzoek voor zowel de wetenschap als de praktijk van de jeugdzorg van belang is. Naast de relevantie op die twee vlakken is er met dit onderzoek ervaring opgedaan in het uitvoeren van onderzoek naar implementatie in de jeugdzorgpraktijk. In deze paragraaf reflecteren we op deze aspecten door nader in te gaan op vier belangrijkste bevindingen, verklaringen te geven voor die bevindingen en alvast vooruit te kijken naar implicaties voor verder onderzoek en de praktijk. In de volgende paragraaf van dit hoofdstuk worden die implicaties verder uitgewerkt.

Dit proefschrift heeft vier belangrijke bevindingen opgeleverd:

- Bewijs voor determinanten van succesvolle implementatie is schaars
- Implementeren is een proces, geen enkelvoudige actie
- De methodiek doet er toe
- Doordacht implementeren is belangrijk

10.3.1 Bewijs voor determinanten van succesvolle implementatie is schaars

De literatuur geeft enige aanwijzingen, maar geen duidelijk uitsluitsel over ‘wat werkt’ bij implementatie van interventies in de jeugdzorg (Mikolajczak et al., 2009). In dit proefschrift is meer zicht ontstaan op factoren die samenhangen met implementatie in enge en brede zin. Tegelijkertijd waren de implementatieprocessen in de gepresenteerde studies bij Jeugdformaat en de Bureaus Jeugdzorg niet uitsluitend succesvol. Het implementatieproces en de programma-integriteit hadden beter gekund, net als de resultaten voor cliënten. Het empirische bewijs voor een succesvolle aanpak blijft ook na afronding van dit proefschrift beperkt. We bespreken twee verklaringen hiervoor. Ten eerste blijven behaalde successen ongreepbaar en ten tweede is er een gebrek aan goede borging van interventies.

Behaalde successen in de praktijk moeilijk te doorgronden

In hoofdstuk 2 worden een aantal succesvolle praktijkvoorbeelden besproken (zie ook Mikolajczak et al., 2009). Er lijkt op het eerste gezicht een goed doordachte, planmatige en procesmatige strategie achter de implementatie van de jeugdinterventies te zitten. Deze interventies gaan gepaard met een pakket aan maatregelen om de interventie te promoten, om hulpverleners goed toe te rusten en te begeleiden in de uitvoering (Ince, 2007; Kooijman,

2006; Van der Steege & Jagers, 2001). Tegelijkertijd blijkt uit de interviews dat de sleutelfiguren het succes van het implementeren van de interventie vooral toekennen aan ‘*een goed product op het goede moment*’ of ‘*er was vraag naar de interventie*’. Bij geen van de interventies blijkt er een strategie op maat gehanteerd te worden voor elke keer dat de interventie geïmplementeerd wordt. Intuïtie en toeval lijken een belangrijke rol te spelen. Hiermee wordt het succes van de implementatie moeilijker te doorgronden en is het niet mogelijk om lering te trekken uit de voorbeelden.

Gebrek aan borging mogelijk oorzaak voor beperkt succes

Opvallend bij de empirische studies bij Jeugdformaat en de Bureaus Jeugdzorg is dat ook hier de implementatie uiteindelijk te weinig planmatig en procesmatig lijkt te zijn verlopen, terwijl dat nu juist de belangrijkste aanwijzing voor succes is vanuit de literatuur (Fleuren et al., 2006; Grol & Wensing, 2006; Mikolajczak et al., 2009). Er is bij de implementatie van de gepresenteerde interventies vooral aandacht besteed aan de eerste fasen van het implementatieproces: *verspreiding* en *invoer* van de interventie door initiële trainingen en begeleiding van professionals. Er is minder aandacht besteed aan een duurzame *borging* van de interventie door activiteiten in te zetten die de inbedding van de interventie in de dagelijkse werkwijze van professionals bevorderen.

Het gebrek aan aandacht voor de borging is waarschijnlijk de oorzaak van de grote variatie in uitvoer tussen hulpverleners: gemiddeld wordt de interventie redelijk uitgevoerd zoals deze is bedoeld, maar per professional kan dit enorm afwijken. Dit is een al langer bekend fenomeen in hulpverlening die door solisten wordt uitgevoerd; professionals werken vaak volgens een eclectische mix van verschillende interventies en opgedane ervaring (Barlow, 1981, Mazzucchelli & Sanders, 2010). Dit fenomeen is echter ook uiterst onwenselijk. Uit onderzoek weten we dat een eclectische werkwijze niet zo effectief is (Weisz, Jensen-Doss & Hawley, 2006). Dit wordt goed geïllustreerd in de studie van Barnoski (2004), waaruit bleek dat er bij hulpverleners die de interventie integer uitvoerden sprake was van stabiele en positieve uitkomsten, terwijl bij hulpverleners die de interventie niet integer uitvoerden grote variatie was in de uitkomsten. De consequentie hiervan is dat de cliënt voor zowel de uitvoering van de hulp als voor de resultaten sterk afhankelijk is van de werkwijze van de hulpverlener die toevallig is toegewezen aan het hulpverleningstraject. Cliënten kunnen bij grote diversiteit in de uitvoering dus niet zonder meer vertrouwen op goede hulp.

Voorgaande heeft de volgende implicaties voor de wetenschap en de praktijk:

- *Ervaringen met implementatie in de jeugdzorg – zowel succesvolle als niet-succesvolle ervaringen – moeten meer geëxpliciteerd en gedeeld worden, zodat er lering uit getrokken kan worden.*
- *In praktijk en wetenschap van de jeugdzorg moet meer aandacht voor borging komen. Verder onderzoek naar in het bijzonder de aangewezen strategieën voor het borgen van interventies is hard nodig om de hulp aan jeugdigen en gezinnen te verbeteren.*

10.3.2 Implementeren is niet 1 actie, niet 1 beïnvloedende factor, niet 1 uitkomst

Uit de literatuur die besproken is in de eerste hoofdstukken van dit proefschrift werd al duidelijk dat implementatie geen simpele actie is, maar een complex proces (o.a. Rogers, 1995). Die visie op implementeren is niet nieuw, maar werd in dit proefschrift bevestigd door de interviews met sleutelfiguren uit de praktijk. Daarnaast hebben we in dit proefschrift deze visie op implementeren ook empirisch getoetst.

Met behulp van multilevel analyses hebben we laten zien dat kenmerken van de cliënt, van de hulpverlener, van de interventie en van de implementatie samenhangen met elkaar. We hebben die samenhang op het niveau van de individuele cliënttrajecten en op het niveau van de professional met deze analysetechniek ‘uit elkaar getrokken’. Dit is vernieuwend in onderzoek naar implementatie in de jeugdzorg en heeft aanwijzingen opgeleverd over determinanten op met name twee niveau's – cliënt en hulpverlener. We bespreken wat deze manier van analyseren heeft opgeleverd en welke implicaties dat heeft voor de praktijk en verder onderzoek.

Problematiek van cliënten speelt een dominante rol

Op het niveau van de individuele cliënttrajecten blijkt uit dit onderzoek dat de problematiek van cliënten een belangrijk kenmerk is in het implementatieproces. Die problematiek blijkt sterk gerelateerd aan de resultaten van de hulp. Hoe ernstiger de problematiek, hoe groter de verandering gedurende de hulp. Dit is een verwachte uitkomst, in diverse studies is dit geconstateerd (Geurts et al., 2010; Landenburg & Lipsey, 2005; Wilson & Lipsey, 2007).

De problematiek van cliënten blijkt ook sterk gerelateerd aan de uitvoering van de hulp. Dit is op twee manieren te verklaren. Enerzijds is dit te zien als ‘vraaggerichte hulp’: de hulpverlener past de uitvoering van de interventie aan de cliënt aan (Bartelink, Ten Berge, & Van Yperen, 2010; Van der Steege, 2003). Anderzijds is dit te zien als ‘ingezogen raken’: de hulpverlener laat

zich te veel leiden door de problematiek van de cliënt en wijkt af van de interventiebeschrijving. Voor de verklaring van vraaggerichte hulp zouden de resultaten moeten laten zien dat juist afwijking van de interventie samengaat met betere – of in ieder geval niet met slechtere – uitkomsten voor de jeugdigen. Dat is echter niet het geval: een integere uitvoering van de interventie hangt samen met betere uitkomsten voor jeugdigen. Dit sterkt het vermoeden dat het hier gaat om professionals die ingezogen raken in de situatie en door de diversiteit en complexiteit van de problematiek bij cliënten in de jeugdzorg niet goed in staat zijn om de interventie integer uit te (blijven) voeren. Als dit daadwerkelijk zo is, dan pleit dit ervoor in het theoretisch model van determinanten van succesvolle implementatie (hoofdstuk 2) net alleen de kenmerken op te nemen van de professionals die met een interventie moeten gaan werken, maar tevens de kenmerken van de cliënten.

Kenmerken hulpverlener zijn ook van belang

Op het niveau van de hulpverlener laat dit onderzoek zien dat kenmerken van de professional, zoals (1) competenties, (2) veranderingsbereidheid en (3) werkervaring, gerelateerd zijn aan een goede uitvoering van de interventie. Werkervaring bleek in de studies zowel positief als negatief samen te hangen met een integere uitvoering van de interventies. Als een hulpverlener competentier is en bereid is met de interventie te werken voert hij deze beter uit. Deze bevindingen liggen in de lijn der verwachting (Cabana et al., 1999; Davis, 1973; Moulding, Silagy, & Weller, 1999), maar voor zover we weten werden de eerste twee kenmerken niet eerder op basis van kwantitatief onderzoek in de jeugdzorg in Nederland geconstateerd. De vragenlijsten waarmee veranderingsbereidheid en competenties van professionals te meten zijn, blijken daarmee een waardevolle toevoeging aan het meetarsenaal en kunnen benut worden voor wetenschappelijk onderzoek in de jeugdzorg. Daarnaast is de lijst voor competenties waardevol in het kader van begeleiding van professionals in de praktijk: de vragenlijst legt de sterke en zwakke kanten van een professional bloot, hetgeen onderwerp van gesprek in de begeleiding kan zijn of de basis kan vormen voor aanvullende scholing.

Ondersteuning werkt bevorderend

Uit dit proefschrift blijkt verder dat de ondersteuning van professionals gerelateerd is aan het integer uitvoeren van de interventie. Daarnaast constateren we dat een gebrek aan ondersteuning kan leiden tot niet-eenduidige uitvoering. Alhoewel we eerder aangaven dat die niet-eenduidige uitvoering een ongewenste uitkomst is voor jeugdigen, levert het wel een

belangrijk inzicht op. Door de gevonden samenhang tussen begeleiding van professionals en programma-integer werken worden we gesterkt in de gedachte dat een integrale uitvoering van de interventie door een goede ondersteuning te beïnvloeden is, daar komen we op terug.

Al met al levert dit onderzoek een bevestiging op van de complexiteit van implementatieprocessen. Dit heeft de volgende implicatie voor de jeugdzorg:

- *De implementatie van interventies moet onderzocht worden in een multifactoriële context, zodat invloeden van verschillende determinanten in combinatie met elkaar bestudeerd kunnen worden. Uitsluitend onderzoek naar behandelintegriteit is niet genoeg. Het gaat ook om de vraag welke factoren deze integriteit beïnvloeden en hoe deze te beïnvloeden zijn.*

10.3.3 De methodiek doet er toe

Zoals gezegd is in de studies bij Jeugdformaat en de Bureaus Jeugdzorg gewerkt met multilevel analyses, waardoor het mogelijk is om onderscheid te maken in het aandeel van de hulpverlener en het aandeel van de cliënt op de resultaten van de hulp. Hierbij bleek in beide studies dat het aandeel van de cliënt op de resultaten van de hulp groot was en het aandeel van de hulpverlener en de uitvoering van de methodiek minder groot.

Een voor de hand liggende, maar ons inziens onjuiste verklaring is: de methodiek doet er niet toe. Zo'n conclusie zou eenzijdig zijn. Uit de literatuur weten we immers dat de specifieke methodiek wel degelijk van belang is voor het behalen van resultaten bij cliënten (Al et al., 2011; Durlak & DuPre, 2008; Lipsey, 2009; Stevens, Hynan, & Allen, 2000; Tennyson, 2009). In een studie naar de interventie Ambulante Spoedhulp laten Al en collega's (2011) zien dat het effect van specifieke factoren op uitkomsten voor de cliënt heel groot kan zijn.

We denken dat een verklaring voor de beperkte invloed van de hulpverlener c.q. de methodiek in dit onderzoek gezocht moet worden in een problematische mix van drie aspecten: (1) een brede doelgroep, (2) een globale methodiek en (3) de aard van de begeleiding. Deze combinatie maakt dat er spanning optreedt tussen de noodzaak om programma integer te werken en de noodzaak om aan te sluiten bij de brede doelgroep waar de hulpverleners mee te maken hebben. De begeleiding van de hulpverleners moet daarop afgestemd zijn.

Spanning tussen programma integer werken en aansluiten bij cliënt

Onderzoek naar de problematiek van cliënten in recente studies in de jeugdzorg laat zien dat er wat betreft de ernst van de problematiek een hele diverse doelgroep bereikt wordt. Er zijn cliënten met ernstige problematiek, maar ook cliënten die bij aanvang van de hulp geen problemen ervaren (Geurts et al., 2010; Metselaar, 2011).

Uit analyse van de onderzoeksgroep in de studie bij Jeugdformaat blijkt het volgende: 15% van de jeugdigen geeft bij aanvang aan ernstige problematiek te hebben, terwijl 35% van de ouders en 85% van de hulpverleners van deze jeugdigen aangeeft dat er ernstige problemen zijn. Het verschil tussen deze drie informanten – jeugdigen, ouders, hulpverleners – is groot. De discrepantie in beleving van de problematiek tussen informanten is een bekend verschijnsel (Achenbach et al., 1987; Collishaw et al., 2009) en wordt in de literatuur onder andere verklaard doordat informanten de jeugdige in verschillende contexten meemaken (Collishaw et al., 2009; Kazdin & Kagan, 1994) of doordat hulpverleners in hun oordeel eerder geneigd zijn informatie aan te nemen van de ouder dan van het kind (Grills & Ollendick, 2003).

Hoe dan ook, de vraag is waarom cliënten die zo weinig problemen ervaren hulp vragen en ook geïndiceerde hulp krijgen. Een verklaring zou kunnen zijn dat de problematiek van de jeugdigen niet beduidend hoger is dan die van de gemiddelde jeugdige in Nederland, maar dat *de mate waarin deze problematiek het functioneren van de jeugdige beïnvloedt* wel hoger is. Bijvoorbeeld omdat – naast de problematiek – de opvoedcapaciteiten van de ouders lager zijn of omdat er sprake is van verslavingsproblematiek, schulden of psychiatrische problematiek bij ouders (Steketee & Vanderbroucke, 2010). Wellicht is het niet zozeer de ernst van de problematiek die er toe doet, maar de aard van de problematiek. En is het de combinatie van verschillende kenmerken van de cliënt en diens systeem die ervoor zorgt dat een gezin hulp nodig heeft. Juist bij cliënten waarbij sprake is van meervoudige of complexe problematiek is het van belang dat er passende methodieken worden toegepast. Het gevaar bestaat dat bij chaotische gezinnen ook chaotische hulpverlening ontstaat – meerdere hulpverlenende instanties, tegenstrijdige adviezen, gebrek aan overzicht en een inconsistente lijn in de hulpverlening – omdat de hulpverlening reactief wordt aan wat zich in het gezin afspeelt. We weten uit onderzoek dat dit niet helpt.

Bovenstaande maakt duidelijk dat de cliëntèle die bereikt wordt met de methodiek zeer breed van aard is: zowel ernstige problemen als lichtere problematiek. De methodiek is ook breed, want die is vooral geënt op de algemeen werkzame factoren. Zowel bij de lichtere als bij de

ernstigere problematiek zal de hulpverlener daarom op de methodiek gaan variëren. Bij lichtere problematiek biedt de methodiek geen instructies voor aanpassing en waarschijnlijk zal de hulpverlener op eigen inzicht onderdelen weglaten. Bij ernstigere problematiek zijn bovenop de algemeen werkzame factoren specifieke interventies nodig. De methodiek biedt ook hier geen instructies voor, met als gevolg dat hulpverleners mogelijk improviserend te werk gaan.

Samenvattend betekent dit dat de brede variëteit aan cliënten ervoor zorgt dat hulpverleners moeten omgaan met spanning tussen enerzijds het volgen van de methodiek en anderzijds het aanpassen van die methodiek aan de cliënten door het weglaten of toevoegen van werkzame elementen. Als *de methodiek* deze hulpverleners niet helpt om de juiste elementen toe te passen bij de juiste cliënten, dan is het niet verwonderlijk dat zij *zelf* de uitvoer van de interventie gaan differentiëren naar gelang de cliënt die zij tegenover zich hebben. En hoe breder de clientèle, hoe groter die variëteit per hulpverlener en over de hulpverleners zal zijn.

Begeleiding van professionals

Om zich aan de methodiek te houden, heeft een hulpverlener goede begeleiding nodig die zich richt op de methodische aspecten van de interventie. Als we de doelgroep van de jeugdzorgcliënten voor ogen houden, constateren we dat professionals bovenal begeleiding nodig hebben in het integer uitvoeren van de interventie bij een diverse cliëntenpopulatie. De vraag is of hulpverleners voldoende competent zijn om die methodiek bij een zo gevarieerde doelgroep toe te passen. Het zal veel tijd, training en begeleiding vergen om de methodiek zo breed te leren toepassen.

Op zichzelf is het aanpassen van de werkwijze aan de individuele cliënt een goed uitgangspunt, het sluit aan bij het responsiviteitsprincipe (Andrews & Bonta, 1996): een interventie moet aansluiten bij hoe de cliënt leert en ontwikkelt. Tegelijkertijd mogen aanpassingen nooit ten koste gaan van de werkzaamheid van een interventie. Het is dus zaak om in de praktijk zorg te dragen voor een goede balans tussen enerzijds flexibel aanpassen aan de cliënt en anderzijds zorg dragen voor de effectiviteit (Mazzucchelli & Sanders, 2010; McHugh, Murray, & Barlow, 2009). Wanneer er gewerkt wordt met brede methodieken, moeten professionals in de praktijk beter worden ondersteund bij deze afweging en vaardiger worden in de toepassing van de interventie bij complexe problematiek. Juist om die reden moeten ze ook ondersteund worden in de toepassing van competenties die ze minder beheersen, maar die ze bij ernstiger problemen wellicht harder nodig hebben.

Kritisch op effecten van interventies

Is de vraag of de methodiek er wel of niet toe doet eigenlijk niet simpelweg de vraag naar het effect van de methodiek? Volgens ons niet. Uitspraken over effecten bij jeugdigen en de mate van uitvoering van de interventie zijn niet los van elkaar te zien. Conclusies over de effectiviteit van een interventie moeten altijd samengaan met bevindingen over de programma-integriteit (Durlak & DuPre, 2008; Fixsen et al., 2005; Perepletchikova, & Kazdin, 2005; Weissberg, Kumpfer, & Seligman, 2003).

Als de conclusie van een experimenteel onderzoek is dat een interventie niet effectief is, moet tegelijk de vraag beantwoord worden of de interventie in de praktijk goed is uitgevoerd. Is onder meer de begeleiding van professionals voldoende geweest? Zelfs als de conclusie is dat een interventie wel effectief is, zijn vragen over de uitvoering relevant. Is er sprake van een hoge mate van programma-integriteit? Of hebben de professionals iets heel anders uitgevoerd en is dat nu juist effectief?

Kortom: de methodiek kàn er toe doen, onder de volgende condities:

- *De juiste interventie moet bij juiste cliënten worden toegepast; de interventie moet instructies geven hoe met een variëteit aan cliënten is om te gaan.*
- *Professionals moeten begeleid worden bij uitvoer van interventie bij diverse cliënten.*
- *De uitvoering en de resultaten van de hulp kunnen niet los van elkaar worden gezien.*

10.3.4 Toenemend besef dat implementeren niet vanzelf gaat

In dit proefschrift is herhaaldelijk naar voren gekomen dat er bewijs in overvloed is dat een interventie niet ‘vanzelf’ wordt uitgevoerd zoals bedoeld en dat er gerichte inspanningen nodig zijn om interventies goed te implementeren. Met andere woorden: doordacht implementeren is belangrijk. Gedurende de jaren waarin dit onderzoek is uitgevoerd, is deze boodschap door tussentijdse publicaties, presentaties en persoonlijke gesprekken al veelvuldig uitgedragen (Stals, 2009, 2010, 2011).

Binnen Jeugdformaat is er gedurende dit onderzoek meer aandacht gekomen voor implementatie van interventies. Er zijn verschillende activiteiten ontplooid om nieuwe of vernieuwde methodieken beter te implementeren. Daarnaast heeft het onderzoek naar de uitvoering van de Methodiek Ambulante Hulp de vraag om procesevaluatie bij verschillende hulpvormen binnen de organisatie aangewakkerd. Bij een aantal andere interventies worden nu gegevens verzameld over de uitvoering en resultaten van de hulp (zie bijvoorbeeld Reith et

al., 2011). Het streven is om deze gegevens te benutten voor verbetering van het hulpaanbod aan jeugdigen en gezinnen.

Ook breder, in het jeugdzorgveld in Nederland, is de aandacht voor implementatie van interventies sterk toegenomen in de jaren waarin dit proefschrift tot stand is gekomen. Toen het onderzoeksproject in 2007 startte, was er nationaal nog weinig aandacht voor het onderwerp. De literatuurrapportage waarin een overzicht werd gegeven van de kennis over implementatie in de jeugdzorg (Stals et al., 2008) is herhaaldelijk gebruikt door onderzoekers in het jeugdzorgveld (o.a. Bijl, Eenhuistra, & Campbell, 2010; Boendermaker, 2011; Ooms, Wilschut & Van Loon, 2011; Stams et al, 2010; Van Yperen, 2010). De groeiende aandacht voor implementatie is ook te zien aan diverse onderzoeksinitiatieven over implementatie in de jeugdsector (Bijl et al., 2010; Hogenhout, 2010; Mikolajczak et al., 2009; Tavecchio, 2008; Van der Linden & De Graaf, 2010).

Dit onderzoek is gestart in een periode dat er nog nauwelijks aandacht voor implementatie was. Dat betekent dat we met tussentijdse publicaties en dit proefschrift een belangrijke bijdrage hebben kunnen leveren aan de stand van kennis over implementeren. Anderzijds betekent het dat er nog veel ruimte is voor verbetering. De gepresenteerde studies laten zien dat planmatig en procesmatig implementeren nog veel meer aandacht behoeft in de praktijk van de jeugdzorg. In de volgende paragraaf laten we zien dat ook het onderzoek naar implementatie kan verbeteren.

10.4 Bereik en beperkingen

10.4.1 Beperkt bereik, brede toepassing

Enerzijds is het bereik van dit onderzoek beperkt, omdat de empirische studies hebben plaatsgevonden bij een beperkt aantal organisaties en naar een beperkt aantal interventies. Strikt genomen zijn de onderzoeksuitkomsten alleen te generaliseren naar de Methodiek Ambulante Hulp bij Jeugdformaat en naar de Deltamethode Gezinsvoogdij bij de Bureaus Jeugdzorg. Hoogstens is dit bereik uit te breiden naar gelijksoortige interventies en organisaties voor jeugd- en opvoedhulp in de Nederlandse Jeugdzorg.

Anderzijds is het bereik van dit proefschrift groot. Het theoretisch gedeelte is geschreven voor de jeugdzorg en niet voor een specifieke organisatie: het is breed toepasbaar binnen dit veld. Gedurende het onderzoeksproject is er contact geweest met andere onderzoekers om de opzet onderzoeksopzet te bespreken en kennis en ervaring uit te wisselen (Stals 2009, 2010, 2011). Het is goed mogelijk om het onderzoek zoals dat naar de Methodiek Ambulante Hulp is uitgevoerd, te herhalen en daarbij te leren van ervaringen die bij Jeugdformaat zijn opgedaan (Hogenhout, 2010; Willemsen-Van Joolingen, 2010; Stams et al., 2010). De onderzoeksinstrumenten die gebruikt en onderzocht zijn in dit proefschrift, zoals de Decision Determinants Questionnaire en de Vragenlijst Kerncomponenten, zijn breder te gebruiken dan binnen de besproken organisaties. Verder is op basis van de literatuurstudie (Stals et al., 2008) een onderzoeksinstrument ontwikkeld door Stams en collega's (2010) waarmee de ervaringen van professionals met implementatie te meten zijn.

Tot nu toe werd implementatie in de jeugdzorg voornamelijk onderzocht met behulp van kwalitatieve technieken of door middel van procesevaluatie. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van kwantitatieve technieken en multilevel analyses, vernieuwend voor implementatieonderzoek in de Nederlandse jeugdzorg. Met deze techniek is zichtbaar gemaakt hoe kenmerken van de cliënt en de hulpverlener samenhangen met de uitvoering en de resultaten van de hulp. Met behulp van de implementatiemonitor is een ordening aangebracht in kenmerken die een rol spelen bij implementatieprocessen in de jeugdzorg. De gevonden relaties vormen aanwijzingen om in vervolgonderzoek dieper in te gaan op deelprocessen, zoals bijvoorbeeld de invloed van begeleiding van professionals op het programmainteger werken.

Al met al zijn er veel mogelijkheden om kennis en kunde uit dit onderzoek te benutten voor verder onderzoek naar implementatie van interventies in de jeugdzorg.

10.4.2 Beperkingen

Methodologisch

Het onderzoek in dit proefschrift kent een aantal methodologische beperkingen:

- De onderzoeksgroepen die gehanteerd zijn in de studies bij Jeugdformaat en de Bureaus Jeugdzorg zijn klein en zijn ook erg specifiek, zoals hierboven beschreven is het de vraag in hoeverre de resultaten te generaliseren zijn naar andere interventies en andere organisaties.
- Er ontbreekt een controleconditie in de empirische studies die in dit proefschrift zijn beschreven. De studies bevinden zich op het derde niveau van de effectladder van Van Yperen en Veerman (2008). Op dit niveau worden vragen beantwoord over de uitvoering van de interventie en de resultaten voor cliënten. De vraag die we kunnen beantwoorden met dit type onderzoek is: *Wordt de interventie uitgevoerd zoals bedoeld?* en *Worden de beoogde uitkomsten behaald?* Het betreft correlationeel, verandertheoretisch onderzoek en levert empirische practice-based evidence op (Van Yperen & Veerman, 2008).

Met dit type onderzoek is geen causaliteit aan te tonen, want zonder vergelijk met een controlegroep is het moeilijk om de uitkomsten die behaald worden toe te schrijven aan de interventie of aan de implementatie. We weten immers niet of er met een andere interventie of een andere implementatie andere uitkomsten behaald zouden worden. Om meer zekerheid over de invloed van de implementatieactiviteiten te krijgen, had dezelfde interventie op verschillende manieren geïmplementeerd kunnen worden.

- In het oorspronkelijke projectplan van de studie bij Jeugdformaat was overeengekomen om met een robuust design te werken: een herhaald N=1 design op teamniveau (zie tekst in Box 10.1). De Methodiek Ambulante Hulp zou in verschillende fasen bij de acht Jeugdhulpteams geïmplementeerd worden. Op deze manier zouden de teams voor elkaar een ‘wachtlijstconditie’ kunnen vormen en zou implementatie ‘*as usual*’ (bijvoorbeeld verspreiding van de handleiding en een korte training) vergeleken kunnen worden met een planmatige implementatiestrategie. Het design is niet toegepast, omdat er te veel praktische bezwaren waren bij Jeugdformaat, bijvoorbeeld dat een aantal teams erg lang moesten wachten op implementatie van de methodiek.

- Er zijn op bepaalde aspecten in het onderzoek bij Jeugdformaat veel ontbrekende gegevens, bijvoorbeeld de vragenlijsten waarin jeugdigen hun problematiek aangeven en de vragenlijsten voor de competenties van hulpverleners. Het streven was om instrumenten zo veel mogelijk in te bedden in de bestaande structuur van zorg aan cliënten en van begeleiding aan hulpverleners. Dit is voor een groot deel gelukt en heeft er toe geleid dat onderzoeksgegevens ook direct benut konden worden in hulpverlening en begeleiding. Het brengt echter het nadeel met zich mee dat de onderzoeker niet altijd invloed heeft op de gegevensverzameling en afhankelijk is van derden om data aan te leveren.
- Er is in het onderzoek bij Jeugdformaat gekozen voor gegevensverzameling via zelfrapportage, bijvoorbeeld over de competenties van hulpverleners en de uitvoering van de interventie. Het voordeel hiervan is dat het een praktisch goed inpasbare en relatief goedkope manier van dataverzameling is. Verder wordt het door verschillende informanten ingevuld, met elk hun eigen kijk op de competenties van de hulpverlener. Een belangrijk voordeel daarvan is dat hulpverleners en hun supervisors hierdoor bewust raken van sterke en zwakke vaardigheden. Het brengt de beperking met zich mee dat er voornamelijk percepties gemeten worden, geen daadwerkelijk gedrag van hulpverleners. In vervolgonderzoek zou meer aandacht kunnen zijn voor gedrag waaruit blijkt dat de hulpverleners werkzame elementen uit de methodiek toepassen in de hulp aan cliënten. Knutson, Forgatch en Rains (2003) hebben voor de interventie Parent Management Training Oregon (PMTO) bijvoorbeeld een instrument ontwikkeld om specifiek naar de uitvoering van de interventie te kijken met behulp van observaties, het Fidelity of Implementation Rating System (FIMP). De aanpak uit dit voorbeeld kan – als daar de tijd en middelen voor zijn – een goede aanvulling zijn op de zelfrapportage zoals gehanteerd in de studie bij Jeugdformaat.

Inhoudelijk

Naast de methodologische beperkingen zijn er ook een aantal inhoudelijke beperkingen van het onderzoek. Met voortschrijdend inzicht zouden wellicht andere keuzes gemaakt zijn in de opzet van het onderzoek.

- Er is in dit proefschrift voornamelijk aandacht geweest voor één interventie, de

Methodiek Ambulante Hulp bij Jeugdformaat. Deze interventie is gekozen, omdat deze bij aanvang van het onderzoeksproject het best uitgewerkt was binnen de organisatie en omdat er behoefte was aan een goede implementatie van deze interventie. Achteraf was het misschien goed geweest om verschillende interventies te onderzoeken, zodat een onderlinge vergelijking mogelijk was.

- In dit proefschrift is al vaker aan de orde gekomen dat de Methodiek Ambulante Hulp een vrij globale methodiek is die voornamelijk gebaseerd is op algemeen werkzame factoren. Het is geen interventie die in een eerder robuust experimenteel onderzoek als ‘effectief’ naar voren is gekomen. Het is een methodiek die in de praktijk van de jeugdzorg is ontwikkeld en gebaseerd is op theoretisch en praktisch bewijs over ‘wat werkt’. Voor de studie naar de implementatie van de methodiek brengt dit de beperking met zich mee dat niet duidelijk is wat er aan resultaten bij cliënten te verwachten is. Het is niet mogelijk om te evalueren of de resultaten voor cliënten in dit onderzoek positief of negatief afsteken tegen eerder behaalde resultaten. Ditzelfde geldt in feite voor de Deltamethodiek.
- De literatuur schrijft een planmatige aanpak van implementatie voor, waarbij vooraf determinanten in kaart worden gebracht en daarop gericht een implementatiestrategie wordt ontworpen. Zowel bij Jeugdformaat als bij de Bureaus Jeugdzorg was er een implementatieplan. Beide implementatieprocessen verliepen in de eerste fasen planmatig, er waren veel activiteiten gericht op verspreiding en invoering van de interventies. Voor de fase van borging lijkt de implementatie minder planmatig te zijn verlopen. Bij de Bureaus Jeugdzorg kwam er steeds minder tijd voor begeleiding. Uit de studie bij Jeugdformaat is gebleken dat er per team nog aanvullende activiteiten zijn ingezet, maar de precieze aard en omvang daarvan viel buiten het bereik van deze studie. In vervolgonderzoek zouden er in het onderzoeksdesign verschillende fasen ingebouwd kunnen worden. Eerst een implementatiestrategie ontwerpen, vervolgens deze uitvoeren, monitoren en evalueren en op basis van die monitor- en evaluatiegegevens de strategie bijstellen (indien nodig). Dat zorgt er voor dat de implementatie – ook in de borgingsfase – planmatig verloopt, dat goed gedocumenteerd kan worden wat er zich afspeelt en het voorkomt grote variatie per team.
- De cliëntkenmerken zouden in het vervolg expliciet als determinant meegenomen

moeten worden in het theoretisch model van determinanten voor succesvolle implementatie (figuur 2.3 in hoofdstuk 2). In het gepresenteerde model worden cliëntkenmerken onder de ‘context’ geschaard. Dit onderzoek laat zien dat kenmerken van cliënten belangrijke variabelen zijn in het implementatieproces.

Ondanks het beperkte bereik en de nodige methodologische en inhoudelijke beperkingen geeft dit onderzoek een helder overzicht van de onderzoeksliteratuur en de stand van zaken in de praktijk. Verder heeft het veelbelovende instrumenten en interessante onderzoeksuitkomsten opgeleverd, die aanleiding geven voor verder gericht onderzoek naar implementatie (in de praktijk). De resultaten uit dit onderzoek zijn aanleiding om een aantal zaken in de praktijk kritisch te bezien, bijvoorbeeld dat er veel jeugdigen instromen met weinig problematiek of dat de supervisie vaak gericht is op sterke competenties van hulpverleners. Tot slot zijn met dit onderzoek belangrijke ervaringen opgedaan met implementatieonderzoek in de praktijk.

10.4.3 Onderzoek in de praktijk: tips voor de toekomst

Het onderzoek dat beschreven staat in dit proefschrift heeft bestaan uit pionierswerk in de praktijk van de jeugdzorg in Nederland. Dat heeft belangrijke ervaringen opgeleverd en genereert tips over hoe dit soort onderzoek in de toekomst beter kan. In deze subparagraaf zullen we reflecteren op een aantal aspecten waar dit onderzoek mee geconfronteerd is. We zullen mogelijkheden verkennen om problemen hieromtrent in toekomstig praktijkgestuurd wetenschappelijk onderzoek het hoofd te bieden.

Gegevensverzameling in de praktijk

Het onderzoek waarover in dit proefschrift geschreven is, is gestart in 2007. In dat jaar was de uitvoering van effectonderzoek en implementatieonderzoek in de praktijk voor veel jeugdzorgaanbieders nog onontgonnen terrein, terwijl dit type studie anno 2012 niet meer weg te denken is uit de sector. Voorbeelden hiervan zijn het monitoren op Landelijke Prestatie-indicatoren (verplicht voor alle jeugdzorgaanbieders) en deelname aan het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg (door de helft van alle jeugdzorgaanbieders) (zie www.sejn.nl). Jeugdformaat, de organisatie voor jeugd- en opvoedhulp waar het onderzoek grotendeels heeft plaatsgevonden, is vanaf 2005 gestart met onderzoek. Van 2005 tot 2007 is veel energie gestoken in het opbouwen van een structuur van

gegevensverzameling, ingebed in de dagelijkse praktijk. De verwachting was dat Jeugdformaat vanaf 2007 in staat zou zijn om met voldoende respons gegevens aan te leveren. In de afgelopen jaren blijkt de respons echter achter te blijven bij de verwachtingen, wat onder andere wordt verklaard doordat het ICT systeem om de gegevensverzameling te ondersteunen nog in ontwikkeling was, professionals in het primaire proces het nut van het werken met vragenlijsten niet voldoende inzien en leidinggevenden te weinig middelen in handen hadden om te sturen op een hogere respons bij medewerkers (Reith, 2008,2009,2010; Pannekeet, 2011,2012).

Jeugdformaat staat hierin niet alleen. Alhoewel het effectiviteitsdenken in de jeugdzorg in het algemeen omarmd wordt, is de onderzoeksrijpheid binnen instellingen vaak nog onvoldoende aanwezig, aldus Veerman en Van Yperen (2008). Inmiddels heeft het Samenwerkingsverband Effectieve Jeugdzorg Nederland een ondersteuningspakket ontwikkeld om jeugdzorginstellingen te adviseren bij het opzetten van een instellingsbrede resultatenmonitor (Veerman et al., 2010). Onderdeel daarvan is een instrument waarmee instellingen een sterke en zwakte analyse kunnen maken van de onderzoekssituatie, de Best Research Practice Criterialijst (Veerman et al., 2010). Met behulp van de lijst wordt een inschatting gemaakt van de stand van zaken rondom 1) de gegevensverzameling, 2) de benutting van gegevens en 3) de benodigde randvoorwaarden. Voorbeelden van criteria op deze drie aspecten zijn: er is respons van minimaal zestig procent op de voor- en nameting; rapportages over de resultaten van een interventie, team of afdeling worden met de uitvoerders besproken en monitoring en bewaking van gegevensverzameling zijn verankerd in de lijn (Veerman et al., 2010)

Voor organisaties in de jeugdzorg is de Best Research Practice Criterialijst een handig hulpmiddel bij het opzetten of bij het evalueren van de voortgang van een instellingsbrede effectmonitor. Voor vervolgonderzoek in de praktijk is de criterialijst voor onderzoekers een nuttig instrument om in te schatten of een instelling in staat zal zijn om gegevens met voldoende respons aan te leveren. Het is belangrijk om na te gaan of de onderzoeksrijpheid van een organisatie op orde is vóórdat gestart wordt met wetenschappelijk onderzoek.

Gegevensbenutting in de praktijk

Gegevensverzameling is cruciaal om onderzoek te kunnen doen, daarnaast is voor een geslaagde implementatie de benutting van gegevens van groot belang. Zoals eerder betoogd (zie hoofdstuk 3) zijn er op organisatieniveau allerlei aangrijpingspunten voor succesvolle

implementatie. Eén daarvan is dat men een gezamenlijk doel of een bepaalde uitkomst voor ogen moet houden en men hierop moet monitoren om te kunnen zien of het invoeren van de interventie daadwerkelijk tot verbetering leidt. Dit vraagt dus om een cyclus van plannen, doen, evalueren en bijstellen. Monitoring van uitvoering van de hulp en van de behaalde resultaten is dus niet enkel noodzakelijk voor onderzoek, maar is tegelijk een *implementatiestrategie* om hulpverleners bewust te maken van de manier waarop ze een interventie uitvoeren en welke resultaten ze daarbij behalen met hun cliënten.

Om gegevens in de praktijk te kunnen benutten is een ondersteunend ICT systeem nodig waardoor resultaten snel en gemakkelijk beschikbaar worden voor betrokkenen (cliënten, professionals, management). In de organisatie moet een cyclus op gang komen waarbij de resultaten van onderzoek op verschillende niveaus besproken en benut worden: resultaten van de individuele cliënt met de cliënt, resultaten van een team met het team en resultaten van een organisatie met het bestuur. Hiervoor is het noodzakelijk dat gegevens betekenisvol zijn voor betrokkenen. Voor cliënten moeten instrumenten bijvoorbeeld inzichtelijk maken wat de kern van de problematiek is en moet bij evaluatie van de hulp herkenbaar zijn welke resultaten behaald zijn. Voor professionals worden resultaten van hun team betekenisvol als zij hypothesen kunnen opstellen over wat er goed en minder goed gaat. Deze hypothesen kunnen getoetst worden met behulp van gerichte evaluatie van het hulpverleningsproces.

Kortom, het is aan te raden onderzoek in te bedden in het primair proces en de cyclus van kwaliteitsmanagement in een organisatie.

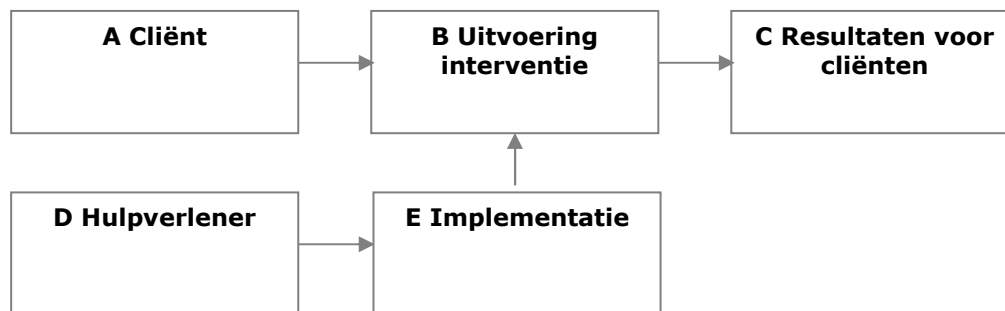
Algemeen werkzame factoren voor een brede doelgroep

In dit proefschrift is meerdere malen gewezen op het algemene karakter van de Methodiek Ambulante Hulp. Jeugdformaat heeft bewust gekozen voor een methodiek op basis van algemeen werkzame factoren, omdat zij een brede doelgroep wilde bedienen. De methodiek is in eigen beheer ontwikkeld op basis van kennis over wat werkt en ervaringen in de praktijk. Er is voorafgaand aan de brede implementatie geen effectiviteitsonderzoek naar de interventie gedaan, waardoor onbekend is welke uitkomsten verwacht mogen worden wanneer de interventie getrouw uitgevoerd wordt. In het voorgaande is al aan de orde geweest welke beperkingen dit voor wetenschappelijk onderzoek met zich mee brengt met betrekking tot het generaliseren van uitspraken. In de volgende paragraaf zullen we uiteenzetten wat dit betekent voor de cliëntenpopulatie die er mee bereikt wordt. Hier staan we stil bij de consequenties voor implementatieonderzoek.

Voor specifiek onderzoek naar implementatie in de jeugdzorg kent een specifieke interventie

gericht op een smalle doelgroep, onderzocht op effectiviteit, veel voordelen boven een algemenere methodiek voor een brede doelgroep waarbij nog niet zeker is welke effecten te verwachten zijn. Kijkend naar de implementatiemonitor (zie figuur 10.1) dan zorgt een verder gespecificeerde methodiek bij een specifieke doelgroep voor minder vrijheidsgraden in de onderzoeksopzet.

Figuur 10.1 *Schematische weergave van de implementatiemonitor (herhaling figuur 5.3)*



Bij een specifieke interventie die gericht is op een smalle, afgebakende doelgroep en waar duidelijk is welke aspecten precies uitgevoerd moeten worden om tot de beoogde resultaten te komen, zal er minder variëteit zijn in de kenmerken van cliënten (onderdeel A) en is er een specifieke verwachting ten aanzien van de uitvoer van de interventie (onderdeel B) en de resultaten voor de cliënten (onderdeel C). De focus van het onderzoek kan in dat geval sterker liggen op de wijze van implementeren (onderdeel E) en kenmerken van de hulpverleners (onderdeel D) die er toe doen bij de implementatie en uitvoering van de hulp. Wanneer er in het onderzoek variatie is in de wijze van implementeren (onderdeel E) is te verwachten dat de uitvoer van de hulp (onderdeel B) mee varieert en ook de resultaten voor cliënten (onderdeel C) mee variëren. Deze variatie is bij een specifieke doelgroep beter toe te schrijven aan de wijze van implementeren en het uitvoeren van de interventie dan bij een brede doelgroep van cliënten. Bij die brede doelgroep kunnen immers de kenmerken van cliënten van grote invloed zijn op zowel de uitvoering van de hulp als op de resultaten van de hulp. In de recente literatuur zijn daarnaast voorbeelden van onderzoek te vinden waarbij men zich meer gericht heeft op specifieke aspecten van het implementatieproces, zoals de wijze van training van hulpverleners (Forgatch & DeGarmo, 2011; Lochman et al., 2009), het valideren van een instrument voor programma-integriteit (Forgatch, Patterson & DeGarmo, 2005), of de supervisie van hulpverleners (Henggeler et al., 2002).

Daar staat tegenover dat de implementatie van algemene methodieken als die van Ambulante Hulp bij Jeugdformaat een veel voorkomend fenomeen is in de jeugdzorg. Met het oog

daarop heeft het onderzoek bij Jeugdformaat veel opgeleverd, zowel voor de praktijk van de jeugdzorg als voor wetenschappelijk onderzoek. Op diverse aspecten van het implementatieproces zijn interessante uitkomsten naar voren komen, bijvoorbeeld over de wijze van implementeren in verschillende teams, kenmerken van cliënten en competenties van hulpverleners. Deze uitkomsten vormen directe aanleiding voor verbetering in de praktijk en voor verder wetenschappelijk onderzoek. Tot slot biedt de gehanteerde opzet een innovatief raamwerk voor exploratief implementatieonderzoek in de praktijk.

Voor vervolgonderzoek is het van belang om een goede match te maken tussen onderzoeksvragen en onderzoeksopzet. Wanneer er een verkennende vraag ligt over implementatie van een algemene interventie, dan biedt de gehanteerde opzet in dit onderzoek uitkomst: het levert op allerlei aspecten van het implementatieproces alsmede de context relevante bevindingen op. Wanneer in vervolgonderzoek de focus meer komt te liggen op specifieke aspecten van het implementeren sec, dan is het raadzaam om te werken met een specifiekere, beter afgebakende interventie en een ander onderzoeksdesign.

Onderzoeksdesign met implementatie in 'waves'

Oorspronkelijk was het plan om bij Jeugdformaat de methodiek te implementeren en dit implementatieproces te onderzoeken in verschillende 'waves'(zie uitleg Box 10.1).

Vanwege praktische bezwaren bij Jeugdformaat is het N=1 design op organisatieniveau losgelaten. Dit is een concessie die aan het oorspronkelijke opzet van het onderzoek is gedaan vanwege de uitvoerbaarheid in de praktijk. Jeugdformaat vond het niet acceptabel dat een deel van de professionals moest wachten op de vernieuwde versie van de methodiek of zonder implementatieplan met de methodiek moest gaan werken. De verwachting van Jeugdformaat was dat de vernieuwde Methodiek Ambulante Hulp een duidelijke verbetering was ten opzichte van de tot dan toe gehanteerde werkwijze en ook dat gerichte implementatieactiviteiten zouden bijdragen aan het beter uitvoeren van de methodiek.

Ons inziens moeten we achteraf constateren dat zowel het onderzoek als de praktijk hiermee geen recht is gedaan. Alle betrokkenen in één keer trainen en de methodiek in één keer implementeren lijkt wellicht handiger, beter, praktischer, maar in werkelijkheid doet deze aanpak zowel onderzoek als de implementatie in de praktijk tekort. Het onderzoek wordt

tekort gedaan, omdat vergelijking tussen teams minder goed mogelijk is en dat hierdoor uiteindelijk minder krachtiger uitspraken gedaan kunnen worden. De praktijk wordt tekort gedaan omdat een aanpak in waves de mogelijkheid biedt om de wijze van implementeren steeds beter aan te pakken. Door in fases de implementatieaanpak bij te stellen is het mogelijk om steeds beter te implementeren. Zo hadden teams binnen Jeugdformaat bijvoorbeeld kunnen leren van eerder opgedane ervaringen met feedback door supervisors of zij hadden zich beter kunnen voorbereiden op knelpunten rondom de voorgenomen resultatenbesprekingen.

Box 10.1 *Uitwerking herhaald N=1 design op organisatieniveau*

Stel, er moet een nieuwe interventie geïmplementeerd worden bij acht locaties.

De interventies wordt op twee experimentele locaties ingevoerd met behulp van een systematisch ontworpen implementatiestrategie. We noemen dit de eerste 'wave'. Drie van de andere locaties staan 'op de wachtlijst' voor de invoering. Drie andere locaties krijgen informatie over de nieuwe interventie en mogen deze zonder de ontworpen implementatiestrategie alvast invoeren. We noemen dat laatste 'implementatie as usual'. Er ontstaan nu drie typen locaties: experimentele locaties, wachtlijstlocaties en implementatie as usual locaties.

Het volgen van de ontwikkelingen op een locatie waarin de interventie wordt geïmplementeerd, is te beschouwen als een N=1-studie op organisatieniveau (Swanborn, 2000; Van Yperen & Veerman, 2010). Daarbij wordt eerst een aantal metingen verricht om de 'baseline' in kaart te brengen. Het effect van een implementatiestrategie wordt gemeten door de veranderingen op de belangrijke variabelen te monitoren (werkwijze hulpverleners en resultaten van de hulp) en door het verloop van de ingreep goed te volgen (de implementatieactiviteiten) en deze gegevens af te zetten tegen de 'baseline' die in kaart is gebracht voorafgaand aan de ingreep.

Na verloop van een aantal maanden moet op de experimentele locaties een verandering in de werkwijze van hulpverleners en een verbetering van de resultaten te zien zijn, die niet bij de wachtlijstlocaties is te constateren. Na wederom een aantal maanden wordt nogmaals een vergelijking met andere locaties gemaakt. Dit wordt daarna nog eens herhaald. Van een goede borging is sprake als de werkwijze en de resultaten nog steeds gunstig afsteken ten opzichte van vergelijkbare locaties die de interventie nog niet of nauwelijks hebben ingevoerd.

Het bewijs voor het succes van de ingreep is te versterken door deze case te herhalen bij een andere organisatie of een ander organisatieonderdeel. In het geval van de 3 typen locatie kan de wave herhaald worden door de interventie te gaan implementeren bij de wachtlijstlocaties of de implementatie as usual locaties. Nadat bij de experimentele locaties de vernieuwing aantoonbaar op gang is gekomen, kan de volgende locatie met de invoering beginnen (tweede wave). Als hier met een zelfde aanpak een zelfde soort verbetering is te constateren als in de eerste wave, voegt dit nieuw bewijs toe voor de effectiviteit van het ontworpen implementatieplan. Aspecten van het implementatieplan waarvan in de eerste wave de ervaring is dat die er weinig toe lijken te doen, kunnen eventueel worden weggelaten, om te bezien of dit de resultaten aanmerkelijk vermindert.

Kortom, door een interventie gefaseerd te implementeren en een PDSA cyclus op gang te brengen in de organisatie is het gedurende het onderzoek al mogelijk om kennis en ervaring die is opgedaan direct te benutten in de organisatie. Daarnaast kunnen na afloop van het onderzoek veel steviger uitspraken gedaan worden over de relatie tussen diverse onderzochte variabelen.

10.5 Implicaties voor verder onderzoek en de praktijk

10.5.1 Opbrengsten leveren implicaties op

In paragraaf 10.4 zijn de geleerde lessen uit het onderzoek bij Jeugdformaat besproken. Daarin is voornamelijk ingegaan op beperkingen van het uitgevoerde onderzoek en tips om deze in de toekomst het hoofd te bieden. In deze paragraaf zullen we in algemenere zin stilstaan bij de agenda voor de toekomst als het gaat om onderzoek naar implementatie en de praktijk van de jeugdzorg. Dit doen we aan de hand van de implicaties die in paragraaf 10.3 over de opbrengst van dit onderzoek zijn naar voren zijn gekomen.

- *Expliciteer en deel ervaringen met implementatie van interventies in de jeugdzorg*
- *Onderzoek implementatie van interventies in een multifactoriële context*
- *Besteed aandacht aan borging*
- *Pas de juiste interventie toe bij de juiste cliënten*
- *Begeleid professionals bij integrale uitvoer van interventies bij diverse cliënten*
- *Bekijk de uitvoering en uitkomsten van een interventie altijd in samenhang*

In deze paragraaf geven we aan op welke wijze deze thema's aandacht verdienen in verder onderzoek en/of in de praktijk van de jeugdzorg.

10.5.2 Expliciteer en deel ervaringen met implementatie

Verder onderzoek

In de afgelopen jaren is in toenemende mate – zij het vaak impliciet – aandacht besteed aan programma-integriteit bij de presentatie van effectstudies. Artikelen over effectstudies kunnen een goed uitgangspunt zijn voor verder onderzoek naar implementatie (zoals Eames et al., 2009; Landenburger & Lipsey, 2005). Een algemene zoektocht naar determinanten levert niet veel nieuwe informatie meer op, dus een gestructureerde literatuurreview zou zich moeten richten op een specifiek onderwerp, zoals de relatie tussen implementatie in enge zin (programma-integriteit) en implementatie in brede zin (resultaten bij cliënten). Een literatuurreview zou ook een goed middel zijn om vanuit diverse studies te vergelijken hoe implementatieactiviteiten, programma-integriteit en resultaten voor cliënten gemeten worden, zodat er gewerkt kan worden aan een groter arsenaal aan meetinstrumenten en aan een meer eenduidige manier van meten. Eenduidigheid in meten kan namelijk bijdragen aan een grotere vergelijkbaarheid van studies en uitkomsten.

Naast literatuuronderzoek zou er meer empirisch onderzoek naar implementatie moeten plaatsvinden. Er zijn nog weinig onderzoeken gedaan in de Nederlandse jeugdzorg, waarbij met behulp van kwantitatieve gegevens analyses verricht zijn naar een implementatieproces, terwijl er dagelijks implementatieprocessen spelen.

De in hoofdstuk 5 beschreven implementatiemonitor is een goed uitgangspunt voor onderzoek naar implementatieprocessen in de jeugdzorg. De implementatiemonitor is recent ontworpen en tot nu toe met behulp van correlationeel onderzoek getoetst. De beperking van dat design is dat het niet goed mogelijk is om causaliteit tussen verschillende onderdelen aan te tonen. In dit proefschrift zijn wel aanwijzingen gevonden voor relaties tussen onderdelen van de implementatiemonitor, die in studies met een stevigere bewijskracht verder onderzocht kunnen worden. Met behulp van experimenteel implementatieonderzoek zou bijvoorbeeld de relatie tussen competenties van professionals, begeleiding van diezelfde professionals en integrale uitvoering van een interventie verder onderzocht kunnen worden.

Quasi experimenteel of onderzoek met een herhaald N=1 design op organisatieniveau (zie Box 10.1) zou meer zekerheid kunnen geven over de invloed van goede implementatie op de uitvoering van interventies en de resultaten bij cliënten.

De praktijk

In de praktijk van de jeugdzorg kan meer uitgewisseld worden over hoe interventies op een goede manier geïmplementeerd worden, bijvoorbeeld door publicaties in vaktijdschriften over implementatietrajecten of door uitwisseling over effectieve implementatieprocessen tijdens congressen en platformbijeenkomsten. Verder kan de praktijk bijdragen aan kennis over implementatie door medewerking te verlenen aan meer experimenteel onderzoek, zoals het herhaald N=1 design op organisatieniveau.

10.5.3 Onderzoek implementatie in een multifactoriële context

Verder onderzoek in de praktijk

De effectiviteit van een implementatiestrategie is afhankelijk van allerlei factoren in de setting waar het implementatieproces plaats vindt. We pleiten er voor om implementatie zo veel mogelijk in een natuurlijke setting, de praktijk van de jeugdzorg, te onderzoeken. Daarbij zou de vraag centraal moeten staan:

- *Wat Werkt Wanneer bij Wie en Waarom?*

Orobio de Castro (2007) stelde deze 5 W's aan de orde voor onderzoek naar effectieve hulp

bij cliënten. In de studies in dit proefschrift bleek dat er een grote samenhang was tussen kenmerken van cliënten en de uiteindelijke resultaten. Die samenhang konden we voor een deel verklaren vanuit de ernst van de problematiek van cliënten, maar een deel bleef ook onverklaard. Vervolgonderzoek zou zich meer kunnen richten op de combinatie van cliëntgegevens, interventie en resultaten, waardoor duidelijk wordt voor welke cliënten een interventie effectiever is en voor welke cliënten de interventie minder goed werkt.

Dezelfde 5 W's zijn ook toepasbaar op een implementatieproces. Dat is eigenlijk een parallel proces aan het hulpverleningsproces, waarbij we ons de vraag kunnen stellen wat precies werkzaam is in welke omstandigheden, voor welke professionals en interventies en waarom.

10.5.4 Besteed aandacht aan borging

Verder onderzoek

Een concrete onderzoeksvraag met betrekking tot borging van interventies is:

- *Hoe is duurzame implementatie te bevorderen?*

In het huidige onderzoek hebben we aanwijzingen gevonden voor het stimuleren van een duurzame implementatie: monitoren, reminders, professionals voortdurend blijven begeleiden en stimuleren. In vervolgonderzoek zou de duurzaamheid van implementatie in enge en brede zin ook empirisch onderzocht kunnen worden, bijvoorbeeld door langlopend onderzoek naar duurzame implementatie van interventies. Wensing en collega's (2010) adviseren om subsidiering voor onderzoek naar implementatie niet alleen aan projecten te geven, maar ook te investeren in langlopende consortia van verschillende onderzoeksgroepen. Door langdurige financiering ontstaat er meer ruimte voor systematische analyse en reflectie rondom een aantal thema's. Eén van die thema's is onderzoek naar factoren in de implementatie-infrastructuur die bijdragen aan succesvolle implementatie. Deze behoefte wordt gedeeld door ervaringsdeskundigen in de praktijk.

Verder is het voor duurzame implementatie nodig om specifiek onderzoek te doen naar effectieve begeleiding van professionals, zodat ze interventies beter toepassen en de resultaten voor cliënten verbeteren (Herschell et al., 2010). Dit punt komt nog verder aan bod bij de begeleiding van professionals.

De praktijk

Een belangrijke aanbeveling voor de praktijk is om implementatie van interventies in de jeugdzorg planmatig en procesmatig aan te pakken, zoals vermeld bij de conclusies eerder in

dit hoofdstuk. Dit betekent nadrukkelijk niet dat van elke verandering, aanpassing of vernieuwing een groot project gemaakt moet worden, want dat zou de praktijk enorm verstarren. Het betekent wel dat men goed vooruit moet kijken: wat moet er precies geïmplementeerd worden in enge en brede zin. Gedurende het implementatieproces is het belangrijk om te monitoren en geregeld terug te kijken, te reflecteren (Boendermaker, 2011). Door de uitvoering en de resultaten bij cliënten te monitoren is het gedurende het implementatieproces mogelijk om bij te sturen, waardoor de kans van slagen uiteindelijk veel groter wordt. Niemand is gebaat bij een implementatieproces dat te snel en ondoordacht wordt gestart. Dit kost van alle betrokkenen veel tijd, energie en geld en zorgt voor onvrede bij professionals, cliënten en uiteindelijk ook bij de organisatie, omdat de beoogde resultaten niet worden behaald. Vasthouden en borgen zijn minstens zo belangrijk als vernieuwen en invoeren.

10.5.5 Pas de juiste interventie toe bij de juiste cliënten

De praktijk

Het uiteindelijke doel van elke handeling van professionals in de jeugdzorg zou moeten zijn dat cliënten optimaal profiteren van de hulp. Er is in de afgelopen decennia veel kennis vergaard over wat werkt bij allerlei soorten problematiek. Als die kennis niet benut wordt, doet de sector alle jeugdigen en gezinnen die hulp nodig hebben ernstig tekort. Dit heeft twee implicaties voor de praktijk. Ten eerste is het zaak dat er met goede, effectieve interventies gewerkt wordt en ten tweede is het zaak dat interventies goed uitgevoerd worden.

Goede interventies bestaan uit een goede match tussen problematiek en interventie. Voor interventies zoals de Methodiek Ambulante Hulp zou dit betekenen dat bij lichte problematiek een lichtere variant van de methodiek kan volstaan. Bij cliënten met specifieke of ernstige problematiek zou de methodiek wellicht aangevuld moeten worden met meer specifieke interventies, zoals gedragstherapie voor ernstige gedragsproblemen.

Zoals in hoofdstuk 1 staat beschreven, zijn er twee wegen naar effectieve interventies: top-down implementeren van evidence based interventies en bottom-up ontwikkelen van nieuwe interventies. Alhoewel beide wegen begaanbaar zijn en kunnen leiden tot effectieve interventies moet de jeugdzorgsector zich gaan bezinnen op de enorme hoeveelheid interventies die er zijn ontstaan. Elke aanbieder ontwikkelt zelf interventies en past deze toe, zonder enige zekerheid te hebben over de effectiviteit en de implementeerbaarheid ervan.

Het strekt tot aanbeveling om in de sector collectief gebruik te maken van een beperkt aantal goed onderbouwde en – indien mogelijk – empirisch onderzochte interventies die voor specifieke doelgroepen zijn gemaakt (Chorpita et al., 2002; Stams, 2011). Organisaties in de jeugdzorg verspillen tijd, geld en energie als zij elk voor zich een interventie gaan beschrijven, onderzoeken en doorontwikkelen voor allerlei doelgroepen. Door als sector samen te werken aan het verbeteren van de kwaliteit en de implementeerbaarheid van een aantal specifieke interventies, kan de zorg voor jeugdigen en ouders steeds beter worden.

Een goede interventie is niet genoeg, deze kan alleen effectief zijn als de werkzame elementen uit de interventie ook goed uitgevoerd worden. Voor *ontwikkelaars en eigenaars van interventies* betekent dit dat zij meer aandacht moeten besteden aan de overdraagbaarheid en uitvoerbaarheid van een interventie. Voor nieuwe gebruikers moet duidelijk zijn wat essentiële werkzame elementen zijn en welke elementen eventueel aangepast kunnen worden aan de setting waarbinnen de interventie wordt uitgevoerd. Voor *organisaties in de jeugdzorg* betekent het dat zij de context moeten scheppen waarin de interventie goed uitgevoerd kan worden. Als bijvoorbeeld een training effectief is gebleken met 10 trainingssessies, is het onverantwoord om deze in de praktijk zomaar in 6 sessies uit te willen voeren. Aanpassen mag, zolang de werkzame ingrediënten bewaard blijven en de effecten geen geweld worden aangedaan. Voor *professionals in de jeugdzorg* betekent het dat zij bij alle cliënten zorg dragen voor het goed uitvoeren van de werkzame elementen van de interventie. Hiervoor is het nodig dat zij kennis hebben van wat werkt, dat zij bereid zijn om volgens die principes te werken, zich niet in de problematiek van de cliënt laten ‘inzuigen’ en ook toegerust zijn om dat goed te doen. Daarbij hebben zij, zo blijkt uit dit onderzoek, goede ondersteuning nodig.

10.5.6 Begeleid professionals bij integere uitvoer van interventies bij diverse cliënten

Verder onderzoek

In de studies die zijn gepresenteerd in dit proefschrift blijkt dat de uitvoering van de interventie samenhangt met de resultaten bij cliënten. De relatie was niet zo sterk en we hebben beargumenteerd dat dit beperkt was omdat de implementatie niet zo planmatig en procesmatig is verlopen, waardoor vooral de borging van een goede uitvoer van de interventie achter is gebleven. We verwachten dat betere begeleiding zorgt voor een meer integere uitvoering van de interventie, waardoor de cliënt een minder dominante

beïnvloedende factor is. Vervolgonderzoek zal duidelijk moeten maken of dit zo is. Dit leidt tot de volgende concrete onderzoeksvragen:

- *Hoe moet goede methodiek-begeleiding (training, supervisie) aan hulpverleners eruit zien?*
- *Zorgt goede methodiek-begeleiding voor een programma-integere uitvoering en voor minder ‘ingezogen raken’ in de problematiek van de cliënt?*

De praktijk

Voor de praktijk van de jeugdzorg is het raadzaam om te investeren in supervisie, intervisie of coaching van de hulpverleners die de interventies uitvoeren. Alhoewel er in de Nederlandse jeugdsector nog nauwelijks onderzoek is gedaan naar de effecten, blijkt uit studies uit de medische sector dat er positieve effecten te verwachten zijn van deze vormen van ondersteuning (Rietveld & Van Rooijen-Mutsaers, 2011). Barak en collega's (2009) voerden een meta-analyse uit naar de betekenis van supervisie bij professionals. Zij vonden vooral positieve effecten voor supervisie die gericht is op taakondersteuning, waarmee werkgerelateerde adviezen en feedback worden bedoeld. Bij deze werkgerelateerde adviezen en feedback zou er ons inziens zowel aandacht moeten zijn voor de sterke kanten van de professional als voor de zwakkere competenties. De Vragenlijst Kerncomponenten kan een hulpmiddel zijn om daar meer zicht op te krijgen.

Als we stellen dat de hulpverlener een cruciale schakel is in het uitvoeren van de hulp, bedoelen we nadrukkelijk niet de hulpverleners als wondermiddel of de hulpverleningsrelatie als ondoorgrondelijk gegeven, maar de *professionele capaciteiten* van de hulpverlener. Een hulpverlener moet in staat zijn om algemene en specifieke werkzame factoren in te zetten om verandering bij jeugdigen en gezinnen te bereiken. Dit vraagt kennis over effectieve hulp van professionals, maar ook vaardigheid in het uitvoeren van die interventies en begeleiding gedurende de uitvoering. Om dit te bereiken is ondersteuning vanuit de organisatie onontbeerlijk, maar ook een leerbare opstelling van professionals is van belang. Een opmerkelijke bevinding in de studie bij Jeugdformaat is dat hulpverleners een training vooral waardeerden om de ‘gezelligheid’ en minder om de mate waarin methodische aspecten aan bod kwamen. Uit de studie bij de Bureaus Jeugdzorg kwam naar voren dat de professionals de training als te weinig gedifferentieerd hebben ervaren (Stams et al., 2010). De bevindingen zijn op kwalitatieve data van een beperkt aantal respondenten gebaseerd, maar ze vormen voor ons voldoende aanleiding om te constateren dat er in beide studies geen optimale afstemming was tussen het doel van de training en de behoefte van de getrainde

professionals.

Tot slot merken we op dat training en supervisie van professionals niet alleen gericht moeten zijn op het sec toepassen van een interventie of het uitvoeren van een protocol. Een professionele hulpverlener kan werkzame principes op verschillende manieren toepassen onder verschillende omstandigheden of bij verschillende cliënten. Als goede voorbeelden noemen we Webster-Stratton (2006) en Mazzucchelli en Sanders (2011) die ervaringen beschrijven met het flexibel uitvoeren en integer werken van de interventies Incredible Years en Triple P.

10.5.7 Bekijk uitvoering en uitkomsten van een interventie altijd samen

Verder onderzoek

In effectstudies zou altijd de uitvoering van de interventie meegenomen moeten worden als variabele. Als niet duidelijk is in hoeverre de interventie daadwerkelijk uitgevoerd is, is het onmogelijk om valide uitspraken te doen over de effectiviteit van die interventie. Hierbij is het nodig dat er meer eenduidigheid komt in het meten van programma-integriteit, zodat onderzoeken beter vergelijkbaar zijn.

In deze studie hebben we geconstateerd dat het veel tijd en inspanning vergt om een interventie goed te implementeren. In veel effectstudies loopt de implementatie gelijk op met studie van de effecten van de interventie. Ons inziens is het voor onderzoek naar nieuwe interventies raadzaam om pas uitspraken te doen over de effecten van de interventie als de interventie enige tijd is geïmplementeerd. Anders is het mogelijk dat ofwel de effecten worden onderschat (omdat de interventie nog niet goed wordt uitgevoerd) ofwel dat de effecten onterecht aan de interventie worden toegeschreven. Een voorbeeld van onderschatting van de effecten komt van onderzoek naar voor- en vroegschoolse educatie (VVE) door De Haan, Leseman en Elbers (2011). Deze onderzoekers concluderen dat uitblijvende effecten van het programma te verklaren zijn door een gebrek aan goede uitvoering en een gebrek aan ondersteuning van de uitvoerende professionals. Lipsey en Wilson (2007) maken in dit verband onderscheid tussen effectstudies naar interventies die ‘gewoon gebruikt worden’ in de dagelijkse praktijk van hulpverlening en interventies die ‘speciaal geïmplementeerd en onderzocht worden’ voor onderzoek of ter demonstratie. Bij de laatste categorie worden er vaak meer inspanningen verricht om de implementatie te laten slagen. Er zijn bijvoorbeeld strikte protocollen en goed getrainde professionals die de

interventie volgens protocol uitvoeren of er wordt meer aandacht besteed aan de programma-integriteit omdat er een onderzoeker meekijkt. De eerste categorie (de interventie in de praktijk) wordt überhaupt minder vaak onderzocht, wat betekent dat er nog altijd weinig zicht op het 'echte effect' van interventies in de dagelijkse praktijk van de hulpverlening.

Dit impliceert dat men interventies in de praktijk niet te snel moet evalueren, omdat niet te verwachten is dat het 'echte effect' in de dagelijkse zorg aan jeugdigen en gezinnen van de interventie snel na invoering te meten is. Pas als de interventie in de dagelijkse praktijk goed geïmplementeerd is (in enge zin) zijn ook de beoogde resultaten bij cliënten (de implementatie in brede zin) te meten. Wanneer een interventie te snel onderworpen wordt aan een effectonderzoek zou het effect van de interventie wel eens schromelijk onderschat kunnen worden, domweg omdat deze nog niet goed wordt uitgevoerd.

10.6 Tot besluit

Dit proefschrift begon met de vraag van Jeugdformaat: *Hoe implementeren we interventies op een goede manier?* Aan het eind van dit onderzoek kunnen een antwoord op deze vraag formuleren voor organisaties in de jeugdzorg: Interventies implementeer je goed door steeds een pas op de plaats te maken.

Die pas op de plaats is van belang *voordat* een interventie ingevoerd gaat worden. In dit proefschrift is uitgebreid aan bod gekomen dat een implementatiestrategie de meeste kans van slagen heeft als deze is afgestemd op belemmerende en bevorderende factoren en op de fasen van het implementatieproces. Daarnaast moet *gedurende* het implementatieproces bijgehouden worden of de resultaten (in enge en brede zin) behaald worden. Goed implementeren verloopt cyclisch. Alleen reflecteren achteraf is niet voldoende, maar alleen vooraf bedenken wat er komt is ook niet genoeg. De één noemt het cyclische proces PDSA (plan-do-study-act), de ander ‘implementeren is reflecteren’ (Boendermaker, 2011). Hoe dan ook, implementeren is een samenspel van vooruitzien, doen en terugblikken; pas dan is de cirkel rond.

Literatuur

Literatuur

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioural and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, *101*, 213-232.
- Addis, M.E. & Waltz J. (2002). Implicit and untested assumptions about the role of psychotherapy treatment manuals in evidence-based mental practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*, 421-424.
- Ahaus C.T.B., & Diepman, F.J. (2005). *Balanced Scorecard & INK-managementmodel*. Apeldoorn: Kluwer.
- Al., C. M. W., Stams, G. J. J. M., Asscher, J. J, Van der Laan, P. H., & Van Yperen, T. (2011). *Testing the Big Four: the impact of client factors, therapeutic alliance, hope/expectation, and specific method in family crisis intervention*. Manuscript submitted for publication.
- Andrew, D.A., & Bonta, J. (2006). *The psychology of Criminal Conduct (4th ed.)*. Newark, NJ: LexisNexis.
- Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *10*, 319 – 327.
- Barlow, D. H., (1981). On the Relation of Clinical Research to Clinical Practice: Current Issues, New Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* , *49*, 147–155.
- Barlow, D.H., (2000). Evidence based practice: a world view. *Clinical Psychology Science and Practice*, *7*, 241-242.
- Barnoski, R. (2004). *Outcome Evaluation of Washington State's Research-Based Programs for Juvenile Offenders*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Bartelink, C. , Berge, I. ten & Yperen, T. van, (2010). *Beslissen over effectieve hulp. Wat werkt in indicatiestelling?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

- Baumann, B.L., Kolko, D.J., Collins, K., & Herschell, A.D., (2006). Understanding practitioners' characteristics and perspectives prior to the dissemination of an evidence-based intervention. *Child Abuse and Neglect*, 30, 771-787.
- Bedell, J. R., Ward Jr., J. C., Archer, R. P. & Stokes, M. K. (1985). An empirical evaluation of a model of knowledge utilization. *Evaluation Review*, 9, 109-126.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D., & Thomson, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317, 465-468.
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *Journal of the American Medical Association*, 289, 1969-1975.
- Bijl, B. (1996). *Innovaties in de jeugdhulpverlening: Over het rendement en de soliditeit van nieuwe hulpprogramma's*. DSWO Press: Rijksuniversiteit Leiden.
- Bijl, B. & Bogaart, P.H.M. van den (1992). Het meten van de bereidheid tot verandering. Betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandstalige versie van de DDQ. *Pedagogisch Tijdschrift*, 17, 26-41.
- Bijl, B., Eenshuistra, R. & Campbell, E.E. (2010). *Implementatie achter tralies. Een studie naar randvoorwaarden en factoren die van invloed zijn op de implementatie van PIJ-behandelprogramma's*. Duivendrecht: PI Research.
- Black, M. M., & Holden, E. W. (1995). Longitudinal intervention research in children's health and development. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 163-172.
- Blakely, C. H., Mayer, J. P., Gottschalk, R. G., Schmitt, N., Davidson, W. S., et al. (1987). The fidelity-adaptation debate: Implications for the implementation of public sector social programs. *American Journal of Community Psychology*, 15, 253-268.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. B. S. Long (Ed.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Boendermaker, L. (2011) *Implementeren is reflecteren. Evidence based werken en de implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Amsterdam: HvA Publicaties.

- Bogaart, P.H.M. van den & Wintels, P.M.A.E. (1988). *Evaluatie van intensieve thuisbegeleiding (bometraining). Resultaten van een onderzoek onder tien experimentele projecten*. Leiden: Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening.
- Boonstra, J.J. (2000) *Lopen over Water. Over dynamiek van organiseren, veranderen en leren*. Amsterdam: Vossiuspers.
- Bouwmeester-Landweer M.B.R. (2007). *Stevig Ouderschap – Onderzoeksrapport: Pre-implementatie Zuid Holland Noord. Resultaten proces-evaluatie*. Leiden: Stevig Ouderschap.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. C., et al. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *Journal of American Medical Association*, 282, 1458-1465.
- Carroll, K.M. (2001). Constrained, confounded, and confused: Why we really know so little about therapists in treatment outcome research. *Addictions*, 96, 203–206.
- Chorpita, B. F., Yim, L. M., Donkervoet, J. C., Arensdorf, A., Amundsen, M. J., McGee, C., et al. (2002). Toward large-scale implementation of empirically supported treatments for children: A review and observations by the hawaii empirical basis to services task force. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 165-190.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., & Weisz, J. R. (2005). Modularity in the design and application of therapeutic interventions. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 141-156.
- Collishaw, S., Goodman, R., Ford, T., Rabe-Hesketh, S., & Pickles, A. (2009). How far are associations between child, family and community factors and child psychopathology informant-specific and informant-general? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 571-580.
- Dane, A., & Schneider, B. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18, 23-45.
- Davis, H. (1973). *Planning for creative change in mental health services: A manual on research utilization*. Washington, D.C: U.S. Government Printing Office.
- Davis, D. A., & Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice: A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 157, 408-416.

- Davis, D. A., Thomson O'Brien, M. A., Freemantle, N., Wolf, F. M., Mazmanian, P., & Taylor-Vaisey, A. (1999). Impact of formal continuing medical education: Do conferences, workshops, rounds and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *Journal of the American Medical Association*, 282, 867-874.
- Dijk, B. van, & Hilhorst, N., (2000) *Evaluatie Innovatieprogramma Jeugdzorg Limburg meso-/macro-niveau*. Amsterdam: DSP.
- Domitrovich, C. E., & Greenberg, M. (2000). The study of implementation: Current findings from effective programs that prevent mental disorders in school-aged children. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 11(2), 193-221.
- Dronkers, F., Heijden, E. van der, Hens, H., Koets, D., Konijn, C., Berger, M., Leene, I., Steege, M. van der, Verkerk, C. (2007). *Actieplan Professionalisering in de jeugdzorg*. Utrecht: HBO-raad, MOgroep, MOVISIE, NIP, Nji, NVMW/Phorza, NVO.
- Dumka, L.E., Stoerzinger, H.D., Jackson, K.M., & Roosa, M.W. (1996). Examination of the cross-cultural and cross-language equivalence of the Parenting Self-Agency Measure. *Family Relations*, 45, 216-222.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., Sparks, J. A., Claud, D. A., Reynolds, L. R., & Brown, J. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a working alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3, 3-12.
- Durlak J.A. & DuPre E.P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal on Community Psychology*, 41, 327-50.
- Eames, C., Daley, D., Hutchings, J., Whitaker, C. J., Jones, K., Hughes, J. C., et al. (2009). Treatment fidelity as a predictor of behaviour change in parents attending group based parent training. *Child: Care Health and Development*, 1-10.
- Eijgenraam, K., Yperen, T. van, Pijll, M. van der, Lekkerkerker, L., Post F., & Graaf, M. de, (2008). *Interbeoordelaarbetrouwbaarheid STEP*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Eijgenraam, K, Schouten, R., Bartelink, C. & Hoogendoorn, T. (2007). *Verkorting doorlooptijden in de jeugdbeschermingsketen. Evaluatie pilots Project 'Afstemming Werkwijze in de Keten' (Programma Beter Beschermd)*. Nederlands Jeugdinstituut / Nji, Utrecht.

- Eekhof, A.L., (2006). *Doet problematiek er toe bij de keuze van hulp? Onderzoek naar het verband tussen zwaarte van problematiek en zwaarte van hulpaanbod*. Utrecht/Rijswijk: Universiteit Utrecht/Jeugdformaat.
- Elling M.W. & Yperen T.A. van, (2006) *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Zelfcontrole'*. Utrecht: NIZW.
- Fagan A.A., Hanson K., Hawkins J.D., Arthur M.W. (2008). Bridging science to practice: achieving prevention program implementation fidelity in the community youth development study. *American Journal of Community Psychology* 41, 235-249.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa: University of South Florida, The National Implementation Research Network.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., et al. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6, 151-175.
- Fleuren, M. A. H., Wiefferink, C. H., & Paulussen, T. G. W. M. (2002). *Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.
- Fleuren, M. A. H., Wiefferink, C. H., & Paulussen, T. G. W. M. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16, 107-123.
- Fleuren M. A. H., Wiefferink C. H., Paulussen T. G. W. M. (2006) Determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties: systematische literatuurreview. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 3, 160-167.
- Fleuren, M.A.H. & De Jong, O.R.W., (2006) *Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de standaarden Jeugdgezondheidszorg*. Leiden: TNO.
- Forgatch, M. S., & DeGarmo, D. S. (2011). Sustaining fidelity following the nationwide PMTO implementation in Norway. *Prevention Science*, 12, 235-246.
- Forgatch, M.S., Patterson, G.R. & DeGarmo, D.S. (2005). Evaluating Fidelity: Predictive Validity for a Measure of Competent Adherence to the Oregon Model of Parent Management Training. *Behavior Therapy*, 36, 3-13.

- Fullan, M.G. (1992). *Successful school improvement: The implementation perspective and beyond*. Buckingham: Open University Press.
- Geurts, E., Lekkerkerker, L., Van Yperen, T. & Veerman, J. (2010). *Over verandering gesproken. Op weg naar meer zicht op effectiviteit van de jeugdzorgpraktijk*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut/ Praktikon.
- Gezondheidsraad. (2000). *Van implementeren naar leren; het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gladwell, M., (2000) *The Tipping Point*. London: Little Brown and Company.
- Goedhart, A., Treffers, F., & Widenfelt, B., van (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten. De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 58, 1018-1035.
- Goldman, K. D. (2003). Planning for program diffusion: What health educators need to know. *Californian Journal of Health Promotion*, 1, 123-139.
- Goldstein, H. (1995). *Multilevel Statistical Models (Second edition)*. London: Edward Arnold.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-586.
- Goorden, O., Vogelvang, B., Oomen, D., Ootes, A., Reith, W., Voogd, M., Vermeiden, B., & Vugt, M. van (2008). *Methodiek Ambulante Hulp*. Rijswijk: Jeugdformat.
- Graaf I de & Bohlmeijer E. (2006); Triple P: Proefimplementatie van een programma voor opvoedingsondersteuning. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 8: 488-490.
- Graczyk, P. A., Domitrovich, C. E., Small, M., & Zins, J. E. (2006). Serving all children: An implementation model framework. *School Psychology Review*, 35, 266-274.
- Greenhalgh, T., Robert, G., MacFarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly*, 82, 581-629.
- Gregory, A., Henry, D., & Schoeny, M. (2007). School climate and implementation of a preventive intervention. *American Journal of Community Psychology*, 40, 250-260.
- Grills, A. E., & Ollendick, T. H. (2003). Multiple informant agreement and the anxiety disorders interview schedule for parents and children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 30-40.

- Groen, A., Ooms, H., & Loeffen, M. (2005). *Over professionalisering in de jeugdzorg*. Utrecht: Collegio.
- Grol, R. (1997). Beliefs and evidence in changing clinical practice. *British Medical Journal*, *315*(7105), 418-422.
- Grol, R. & Wensing, M. (2006) *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Haan, A. de, Leseman, P. & Elbers, E. (2011) *Pilot gemengde groepen 2007-2010*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Hays, S.C. (2002). Getting to dissemination. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *9*, 410-415.
- Hemsley-Brown, J.V. and Sharp, C. (2004). The use of research to improve professional practice: a systematic review of the literature. *Oxford Review of Education*, *29*, 449-470.
- Hermanns, J., (2010). Goed geregelde Jeugdzorg? In Pijnenburg H., (2010) *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd*. (pp. 61-80). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Higgitt, A., & Fonagy, P. (2002). Clinical effectiveness. *British Journal of Psychiatry*, *181*, 170-174.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Liao, J. G., Letourneau, E. J., & Edwards, D. L. (2002). Transporting efficacious treatments to field settings: The link between supervisory practices and therapist fidelity in MST programs. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *31*.
- Herschell, A.D., Kolko, D.J., Baumann, B.L., & Davis, A.C. (2010) The role of therapist training in the implementation of psychosocial treatments: a review and critique with recommendations. *Clinical Psychology Review*, *30*, 448-466.
- Hoffman. R. (2007) *Categorisering van hulpverleningsdoelen in de jeugdzorg. Ontwikkeling van een categoriesysteem bij Stichting Jeugdformaat*. Amsterdam/Rijswijk: Jeugdformaat/Universiteit van Amsterdam.
- Hogenhout, A.M. (2010) *Implementatie van de TVA binnen Het Perron, een zelfstandigheidstraining van Cardea Jeugdzorg*. Leiden/Amsterdam: Cardea Jeugdzorg/Universiteit van Amsterdam.
- Hulscher, M., Wensing, M., & Grol, R. (2000). *Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën*. Nijmegen: Zorgonderzoek Nederland/WOK Research Universiteit Nijmegen en Universiteit Maastricht.

- Hutschemaekers, G., (2010). Praktijk en wetenschap. Zoeken naar werkzame allianties. In Pijnenburg H., (Ed) *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd.*(pp. 101-120). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Ince D. (2007). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Taakspel'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Jonkman, H.B., Junger-Tas, J., & Dijk, B. van, (2005). From behind dikes and dunes: Communities that Care in the Netherlands. *Children & Society, 19*, 105-116.
- Willemsen - Van Joolingen, J. (2010). *Vroegsignalering. Onderzoeksvoorstel effectmeting Methode Vroegsignalering bij Jeugdhulp Friesland en Woodbrookers*. Leeuwarden: Jeugdhulp Friesland.
- Kazdin, A. E., & Kagan, J. (1994). Models of dysfunction in developmental psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice, 1*, 35-52.
- Kerpershoek, A. (2010). *Werkbegeleiding aan ambulante hulpverleners door gedragswetenschappers en leidinggevenden. Hoe wordt de werkbegeleiding, gegeven door gedragswetenschappers en leidinggevenden gewaardeerd door ambulante hulpverleners?* Rijswijk/Utrecht: Jeugdformat/Universiteit Utrecht.
- Knutson, N.M., Forgatch, M.S. & Rains, A. L. (2003). *Fidelity of Implementation Rating System (FIMP): The Manual for PMTO. Oregon Social Learning Centre*. Eugene: Oregon.
- Konijn, C. (2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Kooijman K. (2006). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'OKé – Ouder- en Kindzorg Extra'*. Leiden: Leids Universitair Medisch Centrum.
- Kroes, G. (2006). *The perception of child problem behaviour. The role of informant personality and context*. Nijmegen: Radboud University.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In: J.C. Norcross & M.R. Goldfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration, p. 94-129*. New York: Basic Books.
- Landenberger, N.A. & M.W. Lipsey (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology, 1*, 451-476.
- Linden, D. van der & Graaf, I. de (2010). *State of the Art : bekendheid met en gebruik van evidence based interventies in de jeugd-ggz*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Lipsey, M.W. (2009). The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. *Victims and Offenders*, 4, 124-147.
- Lochman, J. E.; Boxmeyer, C.; Powell, N.; Qu, L.; Wells, K.; Windle, M (2009). Dissemination of the Coping Power program: Importance of intensity of counselor training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 397-409.
- Luborsky L, McLellan AT, Diguier L, Woody G, Seligman D. (1997) The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4,53–65.
- Lunenburg, P., Bijl, B. & Slot, N.W. (2006). *Bescherming in ontwikkeling: het vervolg. Vervolgonderzoek in het kader van het 'Deltaplan Kwaliteitsverbetering Gezinsvoogdij'*. Duivendrecht: PI Research.
- Margison, F. R., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Mellor-Clark, J., Audin, K., et al. (2000). Measurement and psychotherapy. evidence-based practice and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130.
- Mazzucchelli, T. G., & Sanders, M. R. (2010). Facilitating practitioner flexibility within an empirically supported intervention: Lessons from a system of parenting support. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17, 238–252.
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2010). Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions: A review of current efforts. *American Psychologist*, 65(2), 73-84.
- McHugh, R. K., Murray, H. W., & Barlow, D. H. (2009). Balancing fidelity and adaptation in the dissemination of empirically-supported treatments: The promise of transdiagnostic interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 946-953.
- Meade, A. W., & Bauer, D. J. (2007). Power and precision in confirmatory factor analytic tests of measurement invariance. *Structural Equation Modeling*, 14, 611-635.
- Meade, A. W., Johnson, E. C., & Braddy, P. W. (2008). Power and sensitivity of alternative fit indices in tests of measurement invariance. *Journal of Applied Psychology*, 93, 568-592.
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 21-25.

- Metselaar, J. (2011). *Vraaggerichte en gezinsgerichte jeugdzorg: processen en uitkomsten. Evaluatie van het programma Gezin Centraal*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Mihalic, S., Irwin, K., Fagan, A., Ballard, D., & Elliot, D. (2004, July). Successful program implementation: lessons from Blueprints. Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, *Juvenile Justice Bulletin*, 1-11.
- Mikolajczak, J., Stals, K., Fleuren, M.A.H., Wilde, E.J. de & Paulussen, T.G.W.M. (2009) *Kennissynthese van condities voor effectieve invoering van jeugdinterventies*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven / Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The Outcome Rating Scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2, 91–100.
- MO Groep Jeugdzorg (2009). *Werken aan goede jeugdzorg. Jaarverslag MOgroep Jeugdzorg*. Utrecht: MO Groep Jeugdzorg.
- Moncher, F. J. & Prinz, R. J. (1991). Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 11, 247-266.
- Mor Barak, M.E., Travis, D.J., Pyun, H. & Xie, B. (2009). The Impact of Supervision on Worker Outcomes: A Meta-analysis. *The Social Service Review*, 83(1), 3-32.
- Moulding, N. T., Silagy, C. A., & Weller, D. P. (1999). A framework for effective management of change in clinical practice: Dissemination and implementation of clinical practice guidelines. *Quality in Health Care*, 8, 177-183.
- Muris, P., Meesters, C., Vincken, M. & Eijkelenboom, A. (2005) Reducing Children's Aggressive and Oppositional Behaviors in the Schools: Preliminary Results on the Effectiveness of a Social-Cognitive Group Intervention Program. *Child & Family Behavior Therapy*, 27 (1), 17-32.
- Nutley, S., & Davies, H. T. O. (2000). Making a reality of evidence-based practice: Some lessons from the diffusion of innovations. *Public Money & Management*, 20, 35-42.
- Ooms, H., Wilschut, M. & Loon, S. van (2011). *Wegwijs in implementeren*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Orobio de Castro, B. (2007) Woede, wraak en leedvermaak. Op zoek naar de drijvende krachten achter de ontwikkeling van gedragsproblemen. *Kind & Adolescent*, 28, 59-112.

- Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A., & Haynes, R. B. (1995). No magic bullets: A systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, *153*, 1423-1431.
- Pannekeet, M. (2011). *Jaarrapportage 2010. Effecten van de hulpverlening*. Ongepubliceerd document. Rijswijk: Stichting Jeugdformaat.
- Pannekeet, M. (2012). *Jaarrapportage 2011. Effecten van de hulpverlening*. Ongepubliceerd document. Rijswijk: Stichting Jeugdformaat.
- Perepletchikova, F. & Kazdin, A.E., (2005) Treatment integrity and therapeutic change: issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *12*, 365-383.
- Pijnenburg, H., (Ed.). (2010) *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1983) Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, *51*, 390–395.
- Programmaministerie voor Jeugd en Gezin (2007) *Alle kansen voor alle kinderen. Programma voor jeugd en gezin 2007-2011*. Den Haag: Programmaministerie voor Jeugd en Gezin
- Ramos, C., Stams, G.J.J.M., Stoel, R.D., Faas, M., Yperen, T.A. van & Dekovic, M. (2006). Het meten van cliënttevredenheid in de jeugdzorg. *Kind en Adolescent*, *27*, 137-168.
- Reith, W. (2008). *Jaarrapportage 2007. Effecten van de hulpverlening*. Ongepubliceerd document. Rijswijk: Stichting Jeugdformaat.
- Reith, W. (2009). *Jaarrapportage 2008. Effecten van de hulpverlening*. Ongepubliceerd document. Rijswijk: Stichting Jeugdformaat.
- Reith, W. (2010). *Jaarrapportage 2009. Effecten van de hulpverlening*. Ongepubliceerd document. Rijswijk: Stichting Jeugdformaat.
- Reith, W.J.M., Hofman, R., Stams, G.J.J.M. & Yperen, van T.A (2008). Hulpverleningsdoelen categoriseren met de Doelenboom: Ontwikkeling van een categorieënsysteem voor hulpverleningsdoelen in een jeugdzorgzorginstelling. *Kind en adolescent*, *29*, 221- 234.
- Reith, W., Prins, A., Goorden, O. & Stals, K. (2011). Methodisch werken in de residentiële hulp in beeld. De logeerhuismonitor als systeem om de kernpunten van het methodisch werken te volgen. *Jeugd en Co Kennis*, *1*, 27-36.

- Rietveld, L. & Rooijen – Mutsaers, K. van, (2011). *Wat werkt bij supervisie, intervisie en coaching?*
Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations (4th ed.)*. New York: The Free Press.
- Rots, M.C. (2007). *Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Armoede en gezondheid'* .
Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Sánchez, V., Steckler, A., Nitirat, P., Hallfors, D., Cho, H. & Brodish, P. (2007) Fidelity of implementation in a treatment effectiveness trial of Reconnecting Youth. *Health Education Research, 22*, 95-107.
- 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*, 158-169.
- Schoenwald, S. K., Heiblum, N., Saldana, L., & Henggeler, S. W. (2008). The international implementation of Multisystemic Therapy. *Evaluation & the Health Professions, 31*, 211-225.
- Schoenwald, S.K., Sheidow, A.J., Letourneau, E.J., and Liao, J. G. (2003) Transportability of Multisystemic Therapy: Evidence for Multi-Level Influences. *Mental Health Services Research 5*, 223-239.
- Slot, N.W., Tooren, A. van & Bijl, B (2004). *Bescherming in ontwikkeling. De evaluatie van de methodische vernieuwing in het kader van het Deltaplan kwaliteitsverbetering gezinsvoogdij*.
Duiwendrecht: PI Research.
- Stals, K. (2008a). *Vragenlijst Kerncomponenten Methodiek Ambulante Hulp*. Rijswijk: Jeugdformaat.
- Stals, K. (2008b). *Werkbegeleidingsevaluatieschaal en Consultatie-evaluatieschaal*. Rijswijk: Jeugdformaat.
- Stals, K., Reith, W. & Yperen, T. van (2009, maart) *Voorkom implementeren in het wilde weg! Workshop over planmatige aanpak van veranderingen*. Workshop Conferentie 'Jeugd in Onderzoek', Nieuwegein.
- Stals, K. (2010, October) *Systematic implementation leads to more effective interventions in practice. Paper presented at the Eleventh International Biannual EUSARF Conference*, Groningen: the Netherlands.
- Stals, K. (2011, maart). *Implementatiemonitor: Meet uitvoering en uitkomsten van de hulp*. Workshop Conferentie 'Jeugd in Onderzoek', Ede.

- Stals, K., Wortel, E. & Reith, W., (2008). *Implementatieplan Methodiek Ambulante Hulp*. Rijswijk: Jeugdformaat.
- Stals, K., Yperen, T.A. van, Reith, W.J.M., & Stams, G.J.J.M. (2010) Planmatig implementeren leidt tot effectievere interventies in de praktijk. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 49, 43-55.
- Stals, K., Reith, W. & Yperen, T. van (2009, maart) Voorkom implementeren in het wilde weg! Workshop over planmatige aanpak van veranderingen. Workshop Conferentie 'Jeugd in Onderzoek', Nieuwegein.
- Stals, K., Yperen, T. van, Reith, W. & Stams, G. (2008). *Effectieve en duurzame implementatie in de jeugdzorg. Een literatuurrapportage over belemmerende en bevorderende factoren op implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Stals, K., Yperen, T. van, Reith, W. & Stams, G. (2009) Jeugdzorg kan nog veel leren over implementeren. *Gebruik van kennis over implementatie vergroot de kans op succes. Jeugd en Co Kennis*, 4, 19-28.
- Stams, G.J.J.M., (2011). *Het recht van de zwakste: de forensische jeugdzorg in orthopedagogisch perspectief*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Stams, G.J.J.M., Top-Van der Eem, M., Limburg, S., Van Vugt, E., & Van der Laan, P.H. (2010). *Implementatie en doelmatigheid van de Deltamethode Gezinsvoogdij: Onderzoek naar de invloed van de Deltamethode Gezinsvoogdij op het verloop op de ondertoezichtstelling*. Amsterdam: UVA, SCO-Kohnstamm instituut.
- Steege, M. van der, (2003). *Gewoon goed hulpverleners*. Utrecht: NIZW.
- Steege, M. van der, & Jagers, H. (2001). *Zorgen voor kwaliteit van modules. Handleiding voor Families First*. Utrecht: NIZW.
- Steiner, D. L. (2003). Being inconsistent about consistency: When coefficient alpha does and doesn't matter. *Journal of Personality Assessment*, 80, 217–222.
- Steketee, M.J. & Vandenbroucke, M. (2010) *Typologie voor een strategische aanpak van multiprobleemgezinnen in Rotterdam. Een studie in het kader van Klein maar Fijn – CEPHIR*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

- Stevens S.E., Hynan M.T., & Allen M. (2007). A meta-analysis of common factor and apecific treatment effects across the outcome domains of the phase model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 273–290.
- Stevens, J., Pommer, E., Kempen, H. van, Zeijl, E., Woittiez, I., Sadiraj, K., Gilsing, R. & Keuzenkamp, S. (2009) *De jeugd een zorg. Ramings- en verdeelmodel jeugdzorg 2007*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Swanborn, P.G. (2000). *Case-study's. Wat, wanneer en hoe?* Amsterdam: Boom.
- Swart, J. de, (2011). *De professionele jeugdzorgwerker. Kenmerken van jeugdzorgwerkers in relatie tot kwaliteit van de jeugdzorg*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Tavecchio, L.W.C., (2008). *Systematisch én Flexibel: Methodieontwikkeling in het spanningsveld tussen evaluatie en beleid*. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam.
- Tennyson, H.R. (2009). Reducing Juvenile Recidivism: A Meta-Analysis of Treatment Outcomes. *School of Professional Psychology. Paper 109*.
- Tucker, A. R., & Blythe, B. (2008). Attention to treatment fidelity in social work outcomes: A review of the literature from the 1990s. *Social Work Research*, 32, 185-190.
- Veerman, J.W., Wilschut, M., Ooms, H., & Roosma, D. (2010). *Zicht op effectiviteit van jeugdzorg vereist onderzoeksbereidheid en onderzoeksrijpheid van instellingen. De ontwikkeling van een ondersteuningspakket voor het opzetten van een instellingsbrede effectmonitoring*. Utrecht: SEJN.
- Veerman, J.W. & Yperen, T.A. van (2007). Degrees of freedom and degrees of certainty. A developmental model for the establishment of evidence-based youth care. *Evaluation and Program Planning*, 30, 212-221.
- Veerman, J.W., & Yperen, T. van (2008). *Meer zicht op effectiviteit van jeugdzorg. Eindverslag van het project 'Zicht op Effectiviteit'*. Utrecht/ Nijmegen: NJi/ Praktikon.
- Vlaar, P., Hattum, M. van, Dam, C. van, & Broeken, R. (2006). *Klaar voor de toekomst : een nieuwe beroepenstructuur voor de branches gehandicaptenzorg, jeugdzorg, kinderopvang en welzijn & maatschappelijke dienstverlening*. Utrecht: NIZW Beroepsontwikkeling
- Vogelvang B., Goorden, O., & Vugt, M. van. (2006). *Handboek JHT, versie 1*. Rijswijk: Jeugdformat.

- Vogelvang, B., en B. Vermeiden (2008), 'De verdere ontwikkeling van de hulpverlening: de bouwstenenmethode. In: T. van Yperen en J.W. Veerman (red.), *Zicht op Effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. (p. 123-137). Delft: Eburon.
- Vogelvang B., & Vugt, M. van. (2006). *Handboek JHT, startversie*. Rijswijk: Jeugdformaat.
- Webster-Stratton, C. (2006). Treating children with early-onset conduct problems: Key ingredients to implementing the incredible years program with fidelity. In N. T. Kerby (Ed.), *Helping others help children: Clinical supervision of child psychotherapy* (pp. 161-175). Washington DC.: American Psychological Association (APA).
- Weissberg, R. P., Kumpfer, K. L., & Seligman, M. E. (2003, June/July). Prevention that works for children and youth: An introduction. *American Psychologist*, 58(6-7), 425-432.
- Weisz, J.R. (2004). *Psychotherapy for children and adolescents: Evidence-based treatments and case examples*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Weisz, J.R., Jensen-Doss, A., & Hawley, K.M. (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: A meta-analysis of direct comparisons. *American Psychologist*, 61, 671- 689.
- Weisz, J. R., Weiss, B., & Donenberg, G. R. (1992). The lab versus the clinic: Effects of child and adolescent psychotherapy. *American Psychologist*, 47, 1578-1585.
- Weisz, J.R., Donenberg, G.R., Han, S.S. & Kauneckis, D. (1995). Child and adolescent psychotherapy outcomes in experiments versus clinics: why the disparity? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 23, 83-107.
- Wensing, M.J.P., Wollersheim, H.C. & Grol, R.P.T.M. (2006). Organisational interventions to implement improvements in patient care: a structured review of reviews. *BMC Implementation Science*, 1.
- Wensing, M., Ouwens, M., Boerboom, L., Bal, R., Bont, A. de, Mul, M. de, Friele, R., Heiligers, P., & Niet, A. van der, (2010). *Kennis van implementaite programma*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Wetenschappelijke Raad Regeringsbeleid (2004) *Bevrijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

- Wilson, S.J., and Lipsey, M.J. (2007). Effectiveness of school-based intervention programs on aggressive behavior: Update of a meta-analysis. *American Journal of Preventive Medicine*, 33, S130–S143.
- Widenfelt, . M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D. A., & Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 281–289.
- Woolston, J. L. (2005). Implementing evidence-based treatments in organizations. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1313–1316.
- Yperen, T. van, (2003). *Gaandeweg. Werken aan de effectiviteit van de jeugdzorg*. Utrecht: Universiteit Utrecht/ NIZW.
- Yperen, T. van, (2004). *Innovatie de baas: Vernieuwingsprojecten in organisaties voor zorg en welzijn*. Utrecht: NIZW Jeugd/Universiteit Utrecht.
- Yperen, T. A. van, (2005). Hoe effectief is de jeugdzorgpraktijk? *Kind en Adolescent*, 26, 255–257.
- Yperen, (2009) Vuistregels QuickSTEP ongepubliceerd document. Vuistregels voor het waarden van STEP-scores FJ- en KO-schaal Tom van Yperen, Concept, 9 maart 2009.
- Yperen, T.A. van (2010). Implementatie van wat werkt in de jeugdzorg. In H. Pijnenburg (Ed.), *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de jeugdzorg* (pp. 81-100). Amsterdam: SWP.
- Yperen, T. van & Bakker, K. (2008) *Ontwikkeling en borging jeugdinterventies*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T. van, Berg, G. van den & Eijgenraam, K. (2003). *Standaard Taxatie Ernst Problematiek (STEP). Derde deelrapport in het project 'Registratie ernst van de problematiek'*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Yperen, T. A. van, Berg, G., van den, Eijgenraam, K., & Graaf, M., de (2006). *(Quick)Step: Snelle Standaard Taxatie Ernst Problematiek*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Yperen, T. A. van, Booy, Y., & Veldt, M. C. van der (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Yperen, T. van, & Steege, M. van der, (2008) *Cijfers over prestatie-indicatoren: een wetenschappelijke bijsluiter*. 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: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T. van, & Veerman, J.W. (eds.) (2008) *Zicht op effectiviteit: Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon Uitgeverij.
- ZorgOnderzoek Nederland. (1998) *Met het oog op toepassing*. Den Haag: ZON.
- Zwikker, N. & Hens, H. (2008). *De jeugdzorg in kaart. Een overzicht van wettelijke kaders, voorzieningen, beroepen en functies in de (preventieve en curatieve) jeugdzorg*. Utrecht, NJi/MOVISIE.

Samenvatting

Samenvatting

In dit proefschrift is als doel gesteld om zicht te krijgen op factoren die leiden tot succesvolle en duurzame implementatie van interventies in de jeugdzorg. Hierbij is aandacht geweest voor: (1) theorievorming over implementatie, (2) operationaliseren van concepten met betrekking tot implementatie en (3) toetsing van de theoretische principes door middel van empirisch onderzoek. Deze aspecten worden uitgewerkt in tien hoofdstukken, waarvan in deze samenvatting de kern wordt weergegeven.

In **hoofdstuk 1** staat de aanleiding van dit proefschrift: jeugdzorgaanbieders worstelen met de vraag hoe interventies goed te implementeren zijn. Daarnaast wordt het belang van implementatie voor de jeugdzorg geschetst en worden een aantal actuele punten van discussie in de jeugdzorg aangestipt.

Hoofdstuk 2 geeft duidelijke kaders voor de rest van het proefschrift door een definitie voor implementatie in de jeugdzorg te presenteren. Onder implementatie verstaan we een planmatige en procesmatige aanpak met als doel dat een interventie succesvol en duurzaam geïmplementeerd wordt. Bij het succes van implementeren is specifiek aandacht voor het onderscheid tussen (1) *implementatie in enge zin* – het integer uitvoeren van een programma – en (2) *implementatie in brede zin* – het behalen van de beoogde uitkomsten. Aan de hand van onderzoeksliteratuur wordt beargumenteerd waarom dit onderscheid van belang is. Verder komt het begrip duurzame implementatie aan bod: ook na verloop van tijd moeten professionals de interventie nog integer uitvoeren en moet er verbetering zijn bij jeugdigen en ouders. Opbrengst van dit hoofdstuk is een theoretisch model, waarin de belangrijkste begrippen met betrekking tot implementatie van interventies in de jeugdzorg staan geordend en waaruit duidelijk wordt dat implementatie een cyclisch proces is.

Hoofdstuk 3 is een weergave van een literatuurstudie naar implementatie in de jeugdzorg. Voor de studie is gebruik gemaakt van wetenschappelijke (onderzoeks)artikelen, grijze literatuur, beleidsrapporten en boeken over implementatie. Het theoretisch model uit hoofdstuk 2 vormt de kapstok van dit hoofdstuk, met name de begrippen fasering, determinanten en strategieën. Het is cruciaal om de implementatie goed voor te bereiden.

Door vier stappen wordt een planmatige en procesmatige aanpak gewaarborgd: (1) het definiëren van de gewenste uitkomst in enge en brede zin, (2) het analyseren van determinanten, (3) het inzetten van een strategie en (4) het monitoren, evalueren en bijstellen van het proces. Onderzoek heeft zich tot nu toe te veel gericht op specifieke implementatieactiviteiten, zonder dat daarbij voldoende aandacht was voor aansluiting bij beïnvloedende determinanten en bij de fasen van het implementatieproces. We concluderen dat interventies het beste geïmplementeerd kunnen worden met specifieke activiteiten die zijn aangepast op aanwezige determinanten en met aandacht voor de verschillende fasen van het proces. Verder onderzoek en gebruik in de praktijk zal moeten uitwijzen of de ‘fit’ die op deze manier gemaakt wordt voor succesvollere implementatie zorgt.

Hoofdstuk 4 geeft weer wat ervaringsdeskundigen in de praktijk van de jeugdzorg te melden hebben over het implementeren van ‘hun’ interventie. Deze deskundigen onderschrijven op hoofdlijnen de bevindingen uit de literatuur, maar er komen ook nieuwe aspecten aan de orde. Zo geven de geïnterviewden aan dat de implementatie voor een deel al start bij de ontwikkeling van een interventie en dat het eigendom van een interventie en de kosten voor implementatie belangrijk zijn. Bij de onderzochte interventies worden diverse implementatieactiviteiten ingezet, waardoor de interventies over het algemeen goed worden verspreid, geadopteerd, ingevoerd en geborgd. De werkwijze lijkt echter niet heel systematisch te zijn ingezet en wordt niet afgestemd op professionals of organisaties. De implementatiestrategie is vaak een vaststaand gegeven, een ‘pakket van ondersteuning’ dat bij de interventie hoort. Ook blijkt dat implementatie in enge en brede zin nauwelijks gemonitord wordt. Het is hierom niet goed mogelijk om te doorgronden waarom een bepaalde strategie werkt. De praktijk zou ervaringen met implementatie meer moeten expliciteren en delen, zodat deze in toekomstige processen benut kunnen worden.

Hoofdstuk 5 laat zien hoe het theoretisch model uit hoofdstuk 2 te transformeren is naar een zogenoemde ‘implementatiemonitor’. De implementatiemonitor is een schematisch weergave van een implementatieproces van een interventie bij een organisatie. Onderdelen van de monitor zijn de uitvoering en uitkomsten van een interventie en de kenmerken die daarmee samenhangen: kenmerken van de cliënt, de hulpverlener en de implementatie. De monitor is te benutten voor het ontwerpen, uitvoeren, analyseren en presenteren van onderzoek naar implementatie. In dit hoofdstuk staat de casus van Jeugdformaat beschreven, waarbij de Methodiek Ambulante Hulp bij acht teams geïmplementeerd moet worden. Aan de hand van de casus wordt de implementatiemonitor ‘gevuld’ met onderzoeksinstrumenten.

In **hoofdstuk 6** staat een instrument centraal – de Decision Determinants Questionnaire – waarmee veranderingsbereidheid van medewerkers in een organisatie gemeten kan worden. In de studie zijn gegevens van 183 hulpverleners van Jeugdformaat en Bureaus Jeugdzorg gebruikt om de interne consistentie, dimensionaliteit en meetinvariantie van de totaalschaal en de acht subschalen te onderzoeken. Het blijkt dat de DDQ een betrouwbaar en valide instrument is dat gebruikt kan worden voor kwantitatief onderzoek naar de bereidheid om te veranderen. Aanbevolen wordt om alle 41 items te gebruiken om de algemene bereidheid om te veranderen te meten. Van de acht subschalen zijn er drie geschikt voor specifieke kwantitatieve analyses (ability, obligation en yield). De schalen values, ideas, circumstances, resistance en timing behoeven verbetering.

Hoofdstuk 7 gaat over de Vragenlijst Kerncomponenten. Het instrument is ontwikkeld om competenties van ambulante hulpverleners inzichtelijk en bespreekbaar te maken. De vragenlijst omvat elf kerncomponenten met elk vijf bijpassende concrete vaardigheden. De vragenlijst wordt ingevuld door hulpverleners en door de leidinggevende en gedragswetenschapper die de hulpverlener begeleiden. De studie omvat gegevens van 43 hulpverleners, waarbij meerdere informanten per hulpverlener de vragenlijst hebben ingevuld. De totaalschaal is intern consistent, de concrete vaardigheden vormen goede voorspellers voor de bijbehorende kerncomponent. Het invullen door verschillende informanten heeft een meerwaarde, omdat de type informanten de vragenlijst anders invullen. Verder onderzoek in een grotere en meer heterogene populatie zal moeten uitwijzen of het instrument breder inzetbaar is.

In **hoofdstuk 8** staat de hoofdstudie van dit proefschrift beschreven: de implementatie van de Methodiek Ambulante Hulp bij Jeugdformaat. Aan de hand van de implementatiemonitor zijn gegevens verzameld met behulp van vragenlijsten en gestructureerde interviews over 253 cliënttrajecten die door 59 hulpverleners zijn uitgevoerd. Hulpverleners hebben ondersteuning ontvangen van gedragswetenschappers en leidinggevendenden. De belangrijkste bevindingen ten aanzien van het implementatieproces in dit hoofdstuk zijn (1) de implementatie is gedeeltelijk uitgevoerd zoals gepland; (2) de uitvoering van de interventie is gemiddeld zoals bedoeld, maar de spreiding rondom het gemiddelde is aanzienlijk; (3) de resultaten bij cliënten zijn vergelijkbaar met resultaten die organisatiebreed behaald worden. Ten aanzien van de implementatie waren er een aantal opvallende constatering. Ten eerste bleek dat de begeleiding sterk gewaardeerd wordt door hulpverleners en dat leidinggevendenden en gedragswetenschappers elkaar goed aanvullen. Hulpverlener worden echter vooral

begeleid op competenties die ze al bezitten en minder op de competenties waar ze niet zo goed in zijn. Ten tweede bleek dat alhoewel de trainingen zijn aangepast aan de competenties van de hulpverleners, deze trainingen minder goed gewaardeerd worden als het gaat om het leren van de methodiek. Ten derde bleek dat de cliëntèle diverse problematiek heeft, hetgeen hoge eisen stelt aan een goede toepassing van de methodiek. De hulpverleners lijken te worden 'ingezogen' in de problematiek van de cliënt, omdat zij de uitvoering van de interventie sterk laten afhangen van de cliënt die zij tegenover zich hebben. Tot slot concludeerden we dat de implementatie vooral in de eerste fasen van het implementatieproces planmatig is gewerkt, waardoor de borging niet goed tot stand is gekomen.

Aanvullend hebben we samenhang tussen verschillende onderdelen van het implementatieproces onderzocht. De uitvoering van de methodiek blijkt samen te hangen met doelrealisatie, probleemafname gerapporteerd door hulpverleners en met toename van competenties. De uitvoering hangt niet samen met probleemafname gerapporteerd door jeugdigen en ouders en ook niet met cliënttevredenheid. De kwaliteit van de feedback hangt samen met de uitvoering van de methodiek: hulpverleners die de feedback hoger waarderen, voeren de methodiek meer uit zoals bedoeld. Er is geen directe samenhang tussen de implementatie en de resultaten bij cliënten. Al met al doet ons dit concluderen dat er een indirecte invloed is: implementatieactiviteiten dragen bij aan integere uitvoering, integere uitvoering draagt bij aan resultaten bij cliënten. De problematiek van jeugdigen bij aanvang van de hulp blijkt gerelateerd aan de resultaten van de hulp. De veranderingsbereidheid, competenties en werkervaring van hulpverleners hangen samen met de uitvoering van de methodiek.

Hoofdstuk 9 geeft een beschrijving van een studie naar de implementatie in enge zin van de Deltamethode Gezinsvoogdij bij Bureaus Jeugdzorg. Aan de hand van secundaire analyses op gegevens die zijn verzameld door Stams en collega's (2010) is onderzocht welke factoren van invloed zijn op een integere uitvoering van de Deltamethode Gezinsvoogdij. Met gegevens van 224 cliënten en 60 gezinsvoogden, verzameld via dossieranalyse, vragenlijsten en interviews, is onderzocht in hoeverre de implementatie van de Deltamethode heeft bijgedragen aan het integer uitvoeren van de methode. Verder is bekeken welke verbanden er waren tussen (1) kenmerken van de cliënten en de gezinsvoogden en (2) de uitvoering van de Deltamethode. De resultaten laten zien dat er een geringe samenhang is tussen de uitvoering van de hulp en de implementatieactiviteiten. Er is sprake van negatieve samenhang tussen het

aantal Deltatrainingen en de mate waarin in het dossier aanwijzingen gevonden zijn voor engageren door de gezinsvoogd. Verder blijkt dat gezinsvoogden die de implementatie positiever hebben ervaren, bepaalde aspecten van de methodiek beter uitvoeren. Ook blijkt dat over het algemeen vooral cliëntfactoren van invloed zijn op het uitvoeren van de methode. Een hulpverlenerfactor die van belang is, is de hoeveelheid werkervaring met de Deltamethode. Het vermoeden bestaat dat de zwakke verbanden tussen de implementatie en de uitvoering van de methode veroorzaakt worden door een implementatieproces waarover gezinsvoogden niet erg tevreden waren.

In **hoofdstuk 10** worden de belangrijkste conclusies gegeven bij de onderzoeksvragen van dit proefschrift. Verder wordt gereflecteerd op de opbrengst voor praktijk en wetenschap met betrekking tot vier bevindingen. Ten eerste is het bewijs voor determinanten van succesvolle implementatie is ook na afronding van dit proefschrift schaars, wat verklaard wordt door gebrek aan expliciteren en delen van kennis en door een gebrek aan borging. Ten tweede laat dit proefschrift zien dat implementeren geen simpele actie is, het is een ingewikkeld proces waarop diverse kenmerken – van de interventie, cliënt, hulpverlener en organisatie – van invloed zijn. Ten derde wordt uiteengezet dat de methodiek er toe kan doen, mits deze goed aansluit bij cliënten en professionals goed begeleid worden in het uitvoeren van de methodiek. Tot slot wordt het belang van implementeren nogmaals benadrukt en met name het onderscheid tussen implementeren in enge en brede zin. Verder – correlatieel, maar ook experimenteel – onderzoek naar de werking van determinanten en strategieën bij de implementatie van interventies en de relatie met programma-integriteit en de resultaten voor de cliënt is nodig.

Summary

Summary

This dissertation aimed to gain insight into factors that lead to successful and sustainable implementation of interventions in youth care. There was attention for: (1) theories on implementation, (2) operationalization of concepts related to implementation and (3) study of the theoretical principles through empirical research. Ten chapters focused on these three aspects. This section of the dissertation summarizes the key findings of each chapter.

Chapter 1 is the introduction of this dissertation, and describes the relevance of the topic: providers of youth care encounter problems with the implementation of interventions. The importance of implementation for the field of youth care is mentioned, and a number of current discussion issues in the field are noted.

Chapter 2 provides a clear framework for the dissertation by providing a definition of implementation in the field of youth care. Implementation is considered to be a systematic approach with the aim of a successful and sustainable implementation of an intervention. Regarding the success of implementation, specific attention is paid to the distinction between (1) *implementation in the narrow sense* – to carry out the intervention as intended, designated as program integrity - and (2) *implementation in a broad sense* - to achieve the intended outcomes. The extant research literature shows the importance of this distinction. Furthermore, the notion of ‘sustainable implementation’ is discussed: after a period of time professionals still have to perform the intervention as intended, which should lead to improvement in child and parent behavior. This chapter ends with a theoretical model that incorporates the main concepts related to implementation of interventions in youth care and which makes clear that implementation is a cyclical process.

Chapter 3 contains a literature review of implementation in the field of youth care. The study used scientific (research) articles, gray literature, policy reports and books about implementation. The theoretical model in chapter 2 is used as a framework for this chapter, including the concepts of a staged process, determinants and strategies. It is critical to properly prepare for implementation. Through the following four steps a planned and phased approach is guaranteed: (1) define the desired outcome in a narrow and broad sense, (2)

analyze the determinants (3) select strategies and (4) monitor, evaluate and adjust the process. So far, research has focused too much on specific implementation activities, without sufficient attention to find a good connection with determinants and with the phase of the implementation process. We conclude that interventions may be best implemented with specific activities that are adapted to present determinants and pay attention to the various phases of the process: make a good ‘fit’. Further research and use in practice will have to tell whether this ‘fit’ will actually lead to more successful implementation.

Chapter 4 shows what experts in the practice of youth care have to say about the implementation of their intervention. These experts recognize the findings from the literature, but they also suggest other aspects. For example, they suggest that the implementation of an intervention starts during development of the intervention. Furthermore, they think that the ownership of an intervention and the cost of implementation are important as well. Various implementation activities were used in the examined interventions, which made the interventions generally well distributed, adopted, implemented and sustained. However, the activities do not seem to be selected very systematically, and they are not attuned to the professionals or organizations where the intervention was implemented. In other words, the implementation strategy is often a fixed ‘package of support’. The interviews show that implementation in the narrow and broad sense is hardly monitored in practice, which makes it difficult to explain why a particular strategy works. The field of youth care should be explicit about and share their experiences with implementation in order to utilize the knowledge in future processes.

Chapter 5 shows how the theoretical model in Chapter 2 is transformed into the ‘implementation monitor’. The implementation monitor is a schematic representation of an implementation process of a particular intervention in a specific organization. The monitor consists of different parts: the way the intervention itself is carried out, the outcome of the intervention for clients and characteristics of the client, the professional and the implementation. The monitor can be used to design, conduct, analyze and present research on implementation. This chapter focuses specifically on the case of Jeugdformaat, with the intervention ‘Methodiek Ambulante Hulp’ being implemented at eight teams of professionals. This case is used as an example to show how the implementation monitor can be used.

Central focus in **Chapter 6** is a research instrument – the Decision Determinants Questionnaire (DDQ) – that measures readiness to change of employees in an organization. Assessments of 183 professionals from Jeugdformaat and Bureau Jeugdzorg were used to

examine the internal consistency, dimensionality and the measurement invariance of the total scale and the eight subscales. It appears that the DDQ is a reliable and valid instrument that can be used for quantitative investigation of the readiness to change. Three of the eight subscales are suitable for quantitative analyzes (ability, obligation and yield). However, the subscales values, ideas, circumstances, resistance and timing need improvement.

Chapter 7 deals with the questionnaire ‘Vragenlijst Kerncomponenten’. The instrument is designed to gain insight into skills of youth care professionals and as a tool to discuss these skills between the professionals and their supervisors. The questionnaire contains eleven core components, each accompanied by five practical skills. The questionnaire was completed by professionals and by the team manager and behavioral scientist who both supervise the professional. The study uses data of 43 professionals, involving multiple informants. The total scale is internally consistent and the practical skills are good predictors for the corresponding core component. The multiple informant procedure is worth the time and effort, because the different types of informants fill out the questionnaire differently. Further investigation in a larger and more heterogeneous population will tell whether the instrument is suitable for wider use in the field of youth care.

Chapter 8 contains the main study of this thesis: the implementation of the intervention ‘Methodiek Ambulante Hulp’ within Jeugdformaat. Following the implementation monitor, data were collected using questionnaires and structured interviews with 253 clients and 59 professionals helping these clients. The professionals received support from behavioral scientists and team managers. The chapter describes findings on the overall implementation process and specific relationships between parts of the process.

The main findings on the overall implementation process in this chapter are: (1) the implementation is partially implemented as planned; 2) the implementation of the intervention is as intended on average, but the dispersion around that average is large; 3) the results for clients are comparable with results obtained with other clients receiving other interventions in the same organization. Regarding the implementation, there were some striking observations. We found that the support by supervisors was highly appreciated by professionals and behavioral scientists and that team managers – the two types of supervisors – complement each other. However, it appeared that supervision mainly targeted skills that the professionals already possess and less on the skills they do not master. Secondly, it appeared that although the training was adapted to the skills of workers, such training is less well appreciated when it comes to learn about the intervention. Third, the workers seem to

be drawn into the problems of clients, because the way they conduct the intervention is strongly dependent on the client they are dealing with. Finally, we concluded that the implementation approach was systematic at first, but there was not enough attention given to the sustainability of the intervention.

The main findings on specific relationships between parts of the process are the following. The way the intervention was conducted appears to be related with goal achievement, decline of problems reported by professionals and with increase of competencies of parents. The way the intervention was conducted proved not to be related to decline of problems reported by children and parents and not with client satisfaction either. The quality of feedback of supervisors is related to the way the intervention was conducted: professionals who appreciate the feedback higher, carry out the intervention more as intended. There was no direct correlation between the implementation characteristics and the results for clients. This leads to the conclusion that there might be an indirect effect: implementation activities contribute to carry out the intervention as intended, and such integrity contributes to good results for clients. Concerning the characteristics of clients and professionals: the problem of juveniles at the start of the intervention was related to the results at the end and the willingness to change. Skills and experience of professionals were associated with the way the intervention was carried out.

Chapter 9 describes a study on the implementation in the narrow sense of the intervention ‘Deltamethode Gezinsvoogdij’, a method for family guardianship at Bureau Jeugdzorg. Based on secondary analyses of data collected by Stams and colleagues (2010), we investigated which factors influence an integer execution of the Deltamethode Gezinsvoogdij. With data from 224 clients and 60 family guardians, collected through case analysis, questionnaires and interviews, it was investigated whether the implementation contributed to the integer performance of the method. Furthermore, associations were examined between (1) characteristics of the clients and the family guardians and 2) the implementation of the Deltamethode. The results show that there is a small correlation between the implementation activities and the way the intervention was carried out. There were negative correlations between the number of training sessions the guardians followed and the extent the guardians were working on ‘engagement’ of the clients. It also appears that family guardians who have experienced the implementation as a positive process perform better on certain aspects of the intervention. In general, it appears that especially client factors affect the performance of the intervention. However, the working experience of the

family guardian with the specific intervention was positively correlated with integer performance of the intervention. We suspect that the weak links between the implementation and execution of the method was caused by an implementation process that did not satisfy family guardians.

Chapter 10 presents the main findings on the research questions of this dissertation. It provides a reflection on the contribution of this study to practice and research on four key findings. Firstly, the evidence for determinants of successful implementation is scarce, even after completion of this dissertation, which can be explained by lack of sharing knowledge on implementation and a lack of sustaining changes. Secondly, this dissertation shows that implementation of interventions is not a simple action, it is a complex process in which various characteristics influence how the process proceeds. Thirdly, it is argued that an intervention can only help children and parents if it fits the needs of the client and if providers of the intervention are properly supervised. Further research - both correlational and experimental - into determinants and strategies of implementation of interventions and relationships with program integrity and the results for the client is needed.

Bijlagen

Bijlage 1: Decision Determinants Questionnaire

Vragenlijst Implementatie

Versie 1.0 september 2008 – Karlijn Stals

Gedeeltelijk overgenomen van de Nederlandse vertaling van de Decision Determinants Questionnaire (Van den Bogaart)

Instructie

Deze vragenlijst gaat over de implementatie van de vernieuwde methodiek ambulante hulp en wordt ingevuld door alle ambulante hulpverleners, leidinggevend en gedragswetenschappers die met ambulante hulp te maken hebben en door de manager ambulante hulp.

De vragenlijst bevat 41 uitspraken over de implementatie van de vernieuwde methodiek ambulante hulp. In de vragenlijst wordt steeds gevraagd naar de innovatie. Met deze innovatie wordt de vernieuwde methodiek ambulante hulp bedoeld. Daarmee wordt verwezen naar inspanningen die in het kader van de invoering van deze vernieuwde methodiek plaatsvinden bij Jeugdformaat. Zoals het aanpassen van het methodiekboek, het uitschrijven van werkprocessen, trainingen voor medewerkers, besprekingen van casuïstiek en resultaten en aanpassingen in werkprocessen van onder andere de gedragswetenschappers.

Achter elke uitspraak staat een balkje met de getallen 1 t/m 7.

Door één van de getallen te omcirkelen kun je aangeven in hoeverre je het met de betreffende uitspraak eens of oneens bent.

Als je het met de uitspraak geheel eens bent,	omcirkel je de 1
Als je het met de uitspraak grotendeels eens bent,	omcirkel je de 2
Als je het met de uitspraak tot op zekere hoogte eens bent,	omcirkel je de 3
Als je het met de uitspraak niet eens, maar ook niet oneens bent,	omcirkel je de 4
Als je het met de uitspraak tot op zekere hoogte oneens bent,	omcirkel je de 5
Als je het met de uitspraak grotendeels oneens bent,	omcirkel je de 6
Als je het met de uitspraak geheel oneens bent,	omcirkel je de 7

Als je geen mening hebt over een uitspraak of als de uitspraak niet van toepassing is op de innovatie, sla je deze uitspraak over. Probeer zo min mogelijk uitspraken over te slaan.

Succes, de vragenlijst begint op de volgende bladzijde.

Vragen over de vernieuwde methodiek ambulante hulp

Omcirkel het getal dat op de vraag van toepassing is. Omcirkel je 1, dan ben je het geheel eens met de uitspraak. Omcirkel je 7, dan ben je het geheel oneens met de uitspraak.

		geheel eens			.....	geheel oneens		
1	Onze instelling heeft voldoende financiële middelen om de innovatie goed uit te voeren.	1	2	3	4	5	6	7
2	De medewerkers van onze instelling hebben voldoende vaardigheden om de innovatie uit te voeren.	1	2	3	4	5	6	7
3	In onze instelling zijn de juiste voorwaarden (bijv. overlegstructuur) aanwezig voor het uitvoeren van de innovatie.	1	2	3	4	5	6	7
4	Er is voor de medewerkers voldoende tijd vrijgemaakt om de innovatie verantwoord uit te kunnen voeren.	1	2	3	4	5	6	7
5	De innovatie bestaat uit methoden die sterk afwijken van de manier waarop onze instelling normaal werkt.	1	2	3	4	5	6	7
6	De innovatie past binnen het hulp- of dienstverleningspakket van onze instelling.	1	2	3	4	5	6	7
7	De filosofie van de innovatie is goed verenigbaar met de filosofie van onze instelling.	1	2	3	4	5	6	7
8	Binnen onze instelling bestaat een sterke betrokkenheid bij de invoering van de innovatie.	1	2	3	4	5	6	7
9	Het is ons niet duidelijk met welk doel de innovatie op onze instelling is/wordt ingevoerd.	1	2	3	4	5	6	7
10	De medewerkers van onze instelling worden betrokken bij de beslissing om de innovatie in te voeren of zijn er bij betrokken geweest.	1	2	3	4	5	6	7
11	De directie van onze instelling hecht grote waarde aan de invoering van de innovatie.	1	2	3	4	5	6	7
12	De medewerkers van onze instelling begrijpen welke veranderingen de invoering van de innovatie met zich meebrengt.	1	2	3	4	5	6	7
13	Op onze instelling bestaat het voornemen om de effectiviteit van de innovatie intern zelf te evalueren.	1	2	3	4	5	6	7
14	De procedures die nodig zijn voor het invoeren van de innovatie zijn bij de betrokken medewerkers van onze instelling bekend.	1	2	3	4	5	6	7

Vragen over de vernieuwde methodiek ambulante hulp - vervolg

Omcirkel het getal dat op de vraag van toepassing is. Omcirkel je 1, dan ben je het geheel eens met de uitspraak. Omcirkel je 7, dan ben je het geheel oneens met de uitspraak.

		geheel eens			.....	geheel oneens		
		1	2	3	4	5	6	7
15	Informatie over de innovatie is op onze instelling moeilijk te verkrijgen.	1	2	3	4	5	6	7
16	Onze instelling heeft voldoende kennis over de innovatie om het verantwoord te kunnen invoeren.	1	2	3	4	5	6	7
17	De invoering van de innovatie wordt negatief beïnvloed door onvoorziene omstandigheden.	1	2	3	4	5	6	7
18	De samenstelling van de directie en/of de staf van onze instelling is het afgelopen jaar veranderd.	1	2	3	4	5	6	7
19	In onze instelling houdt men vast aan de bestaande methodes, waardoor de invoering van de innovatie moeizaam verloopt.	1	2	3	4	5	6	7
20	De invoering van de innovatie valt samen met een wijziging in de doelstellingen van onze instelling.	1	2	3	4	5	6	7
21	De invoering van de innovatie valt samen met een reorganisatie in onze instelling.	1	2	3	4	5	6	7
22	De innovatie is op een verkeerd moment op onze instelling geïntroduceerd.	1	2	3	4	5	6	7
23	Het vaststellen van de doelgroep voor de innovatie gebeurt of is gebeurd voordat de innovatie wordt/is ingevoerd.	1	2	3	4	5	6	7
24	Onze instelling zou zonder moeite terug kunnen vallen op de bestaande werkwijze voor het geval dat de innovatie niet het verwachte resultaat oplevert.	1	2	3	4	5	6	7
25	Onze instelling kan de innovatie op elk willekeurig tijdstip uitvoeren.	1	2	3	4	5	6	7
26	De innovatie kan worden uitgevoerd zonder dat dit ingrijpende veranderingen binnen onze instelling vergt.	1	2	3	4	5	6	7
27	De innovatie voldoet aan een behoefte binnen onze instelling.	1	2	3	4	5	6	7
28	De innovatie speelt in op één van de binnen onze instelling vastgestelde prioriteiten.	1	2	3	4	5	6	7

Vragen over de vernieuwde methodiek ambulante hulp - vervolg

Omcirkel het getal dat op de vraag van toepassing is. Omcirkel je 1, dan ben je het geheel eens met de uitspraak. Omcirkel je 7, dan ben je het geheel oneens met de uitspraak.

		geheel eens				.....	geheel oneens	
		1	2	3	4	5	6	7
29	De innovatie sluit niet goed aan bij de behoeften van onze doelgroep.	1	2	3	4	5	6	7
30	Onder de medewerkers bestaat weerstand tegen het invoeren van de innovatie.	1	2	3	4	5	6	7
31	Wij verwachten dat het invoeren van de innovatie negatieve gevolgen heeft.	1	2	3	4	5	6	7
32	De medewerkers van onze instelling staan wantrouwend tegenover de redenen voor het invoeren van de innovatie.	1	2	3	4	5	6	7
33	De werkverhoudingen binnen onze instelling zijn door de invoering van de innovatie verslechterd.	1	2	3	4	5	6	7
34	Ten tijde van de invoering van de innovatie zijn de medewerkers van onze instelling niet gemotiveerd voor de innovatie.	1	2	3	4	5	6	7
35	Wij maken er ons zorgen over dat het aanzien van ons werk ten gevolge van de invoering van de innovatie vermindert.	1	2	3	4	5	6	7
36	Wij verwachten dat door de invoering van de innovatie het verloop onder de medewerkers toeneemt.	1	2	3	4	5	6	7
37	Wij verwachten dat ons aanbod zal verbeteren door de invoering van de innovatie.	1	2	3	4	5	6	7
38	Wij zijn van mening dat de innovatie de tijd en moeite die nodig zijn om het in te voeren waard is.	1	2	3	4	5	6	7
39	Wij hechten groot belang aan de voordelen die de innovatie voor onze instelling op zal leveren.	1	2	3	4	5	6	7
40	Wij verwachten dat het invoeren van de innovatie zal leiden tot betere werkresultaten.	1	2	3	4	5	6	7
41	Wij hopen dat een succesvolle invoering van de innovatie ons zal helpen de doelstellingen van onze instelling te bereiken.	1	2	3	4	5	6	7

Dit is het einde van de vragenlijst. Bedankt voor het invullen!

Bijlage 2: Vragenlijst Kerncomponenten

vragenlijst
kerncomponenten Methodiek Ambulant

Versie voor ambulante hulpverleners

productgroep ambulante
afdeling O&O

Algemene gegevens										
Naam hulpverlener:	man/vrouw									
Locatie JHT:										
Leidinggevende:										
Gedragswetenschapper(s):										
Datum van invullen:	(dd-mm-jjjj)									
Inleiding										
<p>Deze vragenlijst is bedoeld om per ambulante hulpverlener de sterke kanten en trainingsbehoeften met betrekking tot methodisch werken in kaart te brengen. Dit gebeurt aan de hand van de kerncomponenten uit het Handboek JHT, versie 2.</p> <p>Ambulant hulpverleners vullen de vragenlijst over zichzelf in. De leidinggevenden en gedragswetenschapper(s) vullen een lijst in per ambulante hulpverlener, afgaand op het beeld dat zij hebben vanuit werkbegeleiding, consultatie en teammomenten.</p> <p>Als alle lijsten zijn ingevuld, volgt er een gesprek met ambulante hulpverleners en leidinggevenden/ gedragswetenschapper(s), waarin de overeenkomsten en verschillen besproken worden. Naar aanleiding van dat gesprek wordt bepaald welke trainingen gevolgd gaan worden. Dit instrument is daar een hulpmiddel bij.</p>										
Onderzoek										
<p>De uitkomsten uit deze vragenlijst worden ook gebruikt voor onderzoek. Jeugdformaat onderzoekt wat belangrijke factoren zijn bij het implementeren van methodieken. Daarom wordt de implementatie van versie 2 van het Handboek JHT intensief gevolgd.</p>										
Dossiers ter illustratie										
<p>Het is de bedoeling dat je 2 trajecten uit je caseload in gedachten neemt tijdens het invullen van deze vragenlijst. Geef hieronder aan welke dat zijn.</p> <p>Ik houd deze aangemelde cliënten in gedachten:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th><i>cliëntnummer</i></th> <th><i>eerste 4 letters van de achternaam:</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			<i>cliëntnummer</i>	<i>eerste 4 letters van de achternaam:</i>	1			2		
	<i>cliëntnummer</i>	<i>eerste 4 letters van de achternaam:</i>								
1										
2										

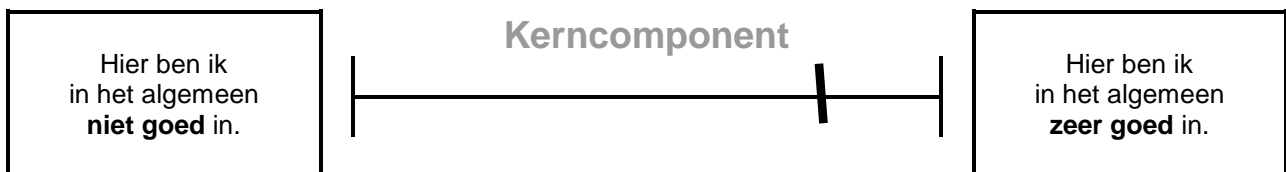
Z.O.Z. Op de volgende bladzijde staat een voorbeeld, daarna begint de echte vragenlijst.

Instructie en voorbeeld

Op de volgende pagina's vind je 11 kerncomponenten uit de methodiek. Deze staan in het grijs boven een balkje. Per kerncomponent kun je door middel van een streepje op het balkje aangeven in hoeverre je jezelf daar kundig op vindt, of niet (zie voorbeeld hieronder). Hoe verder naar links of naar rechts, hoe sterker je mening.

Let op! Het gaat steeds om jouw eigen beeldvorming.

Het gaat om een algemeen beeld van jezelf. Je houdt daarbij 2 trajecten uit je caseload in gedachten om het concreter te maken.





Onder het balkje vind je technieken die een uitwerking zijn van het kerncomponent. Geef per regel, met behulp van een kruisje, aan of je dit meer een sterk punt of meer een zwak punt vindt van jezelf (zie voorbeeld hieronder).

Let op! Ook hier gaat het om jouw eigen beeldvorming.

De kruisjes hoeven niet overeen te komen met het streepje op het balkje. Het kan dus best zo zijn dat je vindt dat je in het algemeen goed bent in het kerncomponent, maar dat je niet erg sterk bent in de genoemde technieken. Andersom kan natuurlijk ook.

Geef met een kruisje in de hokjes aan of onderstaande punten meer een sterk punt of meer een zwak punt van jou zijn.

	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Techniek 1 Techniek 2 Techniek 3 Techniek 4 Techniek 5	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
---	---	--	--	---

kruisje aan deze kant betekent dat het meer een zwak punt is

kruisje aan deze kant betekent dat het meer een sterk punt is

De vragenlijst begint op de volgende bladzijde. Veel succes!

Kerncomponenten

Geef met een streepje op het balkje aan wat voor jou van toepassing is.

Het lukt me in het algemeen **niet goed** om genoeg en goede informatie te verzamelen



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een zwak punt is

Informatie verzamelen

Geef met een kruisje in de hokjes aan of onderstaande punten meer een sterk punt of meer een zwak punt van jou zijn.

- observeren van het gezin
- informatie uit gesprekken halen
- standaardlijsten afnemen
- contact met betrokkenen hebben
- (in)competenties in kaart brengen

Het lukt me in het algemeen **zeer goed** om genoeg en goede informatie te verzamelen



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een sterk punt is

Het lukt me in het algemeen **niet goed** om een analyse te maken en informatie goed te integreren



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een zwak punt is

Analyseren en integreren

Geef met een kruisje in de hokjes aan of onderstaande punten meer een sterk punt of meer een zwak punt van jou zijn.

- integratie van verschillende informatie
- overkoepelend beeld kunnen schetsen
- helikopterview hebben
- werkhypothesen opstellen
- professionele mening vormen

Het lukt me in het algemeen **zeer goed** om een analyse te maken en informatie goed te integreren



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een sterk punt is

Het lukt me in het algemeen **niet goed** om goede en haalbare doelen te stellen



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een zwak punt is

Doelen stellen

Geef met een kruisje in de hokjes aan of onderstaande punten meer een sterk punt of meer een zwak punt van jou zijn.

- hulpvraag vertalen in doelen
- aandacht voor 'eigen doelen' van cliënt
- SMART doelen stellen
- haalbare doelen binnen de indicatie stellen
- passend bij de visie op ambulant

Het lukt me in het algemeen **zeer goed** om goede en haalbare doelen te stellen



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een sterk punt is

Let op! De vragenlijst gaat verder op de volgende bladzijde.

Kerncomponenten

Geef met een streepje op het balkje aan wat voor jou van toepassing is.

Het lukt me in het algemeen **niet goed** om een werkrelatie aan te gaan en te onderhouden



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een zwak punt is

Werkrelatie opbouwen

Geef met een kruisje in de hokjes aan of onderstaande punten meer een sterk punt of meer een zwak punt van jou zijn.

- aansluiten bij de cliënt
- aandacht voor motivatie van de cliënt
- activerend werken
- vraaggericht werken
- professionaliteit inzetten

Het lukt me in het algemeen **zeer goed** om een werkrelatie aan te gaan en te onderhouden



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een sterk punt is

Het lukt me in het algemeen **niet goed** om (kleine) succesmomenten te bekrachtigen



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een zwak punt is

Succesmomenten vieren

Geef met een kruisje in de hokjes aan of onderstaande punten meer een sterk punt of meer een zwak punt van jou zijn.

- complimenten geven en ontvangen
- kleine successen creëren
- successen herkennen en uitvergrooten
- krachten van cliënt(systeem) opzoeken
- krachten van cliënt(systeem) bevestigen

Het lukt me in het algemeen **zeer goed** om (kleine) succesmomenten te bekrachtigen



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een sterk punt is

Het lukt me in het algemeen **niet goed** om gestructureerd te werken



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een zwak punt is

Gestructureerd werken

Geef met een kruisje in de hokjes aan of onderstaande punten meer een sterk punt of meer een zwak punt van jou zijn.

- werken volgens een plan
- werken met een fasering in de hulp
- kunnen voorspellen wat er volgt
- werken met werkpunten en middelen
- een goede afbouw verzorgen

Het lukt me in het algemeen **zeer goed** om gestructureerd te werken



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een sterk punt is

Let op! De vragenlijst gaat verder op de volgende bladzijde

Kerncomponenten

Geef met een streepje op het balkje aan wat voor jou van toepassing is.

Het lukt me in het algemeen **niet goed** om regie te voeren en verantwoording te nemen



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een zwak punt is

Regie voeren

Geef met een kruisje in de hokjes aan of onderstaande punten meer een sterk punt of meer een zwak punt van jou zijn.

verantwoording nemen
afspraken maken, vastleggen en zich er aan houden
in- en externe contacten onderhouden
verwijzen
omgaan met crises

Het lukt me in het algemeen **zeer goed** om regie te voeren en verantwoording te nemen



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een sterk punt is

Het lukt me in het algemeen **niet goed** om verschillende gesprekstechnieken goed in te zetten



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een zwak punt is

Gesprekstechnieken toepassen

Geef met een kruisje in de hokjes aan of onderstaande punten meer een sterk punt of meer een zwak punt van jou zijn.

luisteren
samenvatten
positief heretiketteren
meerzijdige partijdigheid bewaken
feedback geven en ontvangen

Het lukt me in het algemeen **zeer goed** om verschillende gesprekstechnieken goed in te zetten



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een sterk punt is

Het lukt me in het algemeen **niet goed** om het netwerk te activeren of er mee te werken



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een zwak punt is

Netwerk betrekken

Geef met een kruisje in de hokjes aan of onderstaande punten meer een sterk punt of meer een zwak punt van jou zijn.

het netwerk inschakelen
krachten in het netwerk herkennen
contacten onderhouden met netwerk
samen met gezin netwerk uitbreiden
systeemgericht werken

Het lukt me in het algemeen **zeer goed** om het netwerk te activeren of er mee te werken



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een sterk punt is

Let op! De vragenlijst gaat verder op de volgende bladzijde

Kerncomponenten

Geef met een streepje op het balkje aan wat voor jou van toepassing is.

Het lukt me in het algemeen **niet goed** om tot verandering te komen mbv middelen/technieken



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een zwak punt is

Tot verandering komen

Geef met een kruisje in de hokjes aan of onderstaande punten meer een sterk punt of meer een zwak punt van jou zijn.

van doelen via middelen/technieken tot verandering komen
vaardigheden overbrengen
oefenen met cliëntstelsysteem
rollenspellen inzetten bij cliëntstelsysteem
oplossingsgericht werken

Het lukt me in het algemeen **zeer goed** om tot verandering te komen mbv middelen/technieken



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een sterk punt is

Het lukt me in het algemeen **niet goed** om te reflecteren op mijn eigen handelen



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een zwak punt is

Reflecteren op mezelf

Geef met een kruisje in de hokjes aan of onderstaande punten meer een sterk punt of meer een zwak punt van jou zijn.

eigen handelen verwoorden
eigen handelen kritisch bekijken
cliënten/collega's om feedback vragen
zicht hebben op sterke en zwakke kanten van zichzelf
vragen om hulp/ondersteuning

Het lukt me in het algemeen **zeer goed** om te reflecteren op mijn eigen handelen



kruisje aan deze kant betekent dat het meer een sterk punt is

Opmerkingen

Zijn er nog andere onderwerpen of trainingsbehoeften, die je niet in 1 van de vragen kwijt kunt? Schrijf die dan hieronder.

Dit is het einde van de vragen, ga door de scoring op de volgende bladzijde

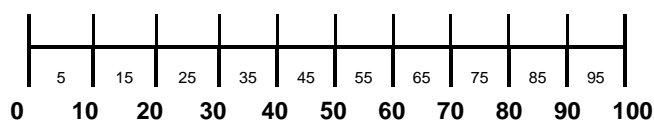
Scoring

- Neem de liniaal en bereken bij elke kerncomponent de score op een schaal van 1-100.
- Schrijf de score bij het balkje van de betreffende kerncomponent.
- Schrijf hieronder eerst de 5 kerncomponenten waarop je het hoogst scoort op
- Schrijf daarna de 5 kerncomponenten waarop je het laagst scoort op

Uit de vragenlijst komt de grootste kracht naar voren op de volgende kerncomponenten:	1	.....
	2	.....
	3	.....
	4	.....
	5	.....

Uit de vragenlijst komt de laagste score naar voren op de volgende kerncomponenten:	1	.....
	2	.....
	3	.....
	4	.....
	5	.....

Liniaal



Vragen?

Over de uitkomst van deze vragenlijst heb je binnenkort een gesprek met je leidinggevende en/of gedragswetenschapper.

Als je vragen hebt over het onderzoek naar de implementatie van het Handboek JHT, versie 2, kun je contact opnemen met Karlijn Stals (k.stals@jeugdformaat.nl).

Bedankt voor het invullen van de vragenlijst!

Bijlage 3: Aanvullende tabellen bij hoofdstuk 8

Tabel B.1. *Uitvoering kerncomponenten gedurende hulp door hulpverleners*

	n	%	Min	Max	m	sd
In hoeverre ingezet:						
- Informatie verzamelen	253	100.0	5.00	10.00	7.96	.86
- Analyseren	253	100.0	5.00	10.00	7.68	.89
- Doelen stellen	252	99.6	1.00	10.00	7.76	1.40
- Werkrelatie opbouwen	253	100.0	4.00	10.00	8.19	1.07
- Succesmomenten vieren	253	100.0	2.00	10.00	7.44	1.33
- Gestructureerd werken	253	100.0	1.00	10.00	7.21	1.24
- Regie voeren	253	100.0	2.00	10.00	7.65	1.15
- Gesprekstechnieken	253	100.0	4.00	10.00	8.30	.96
- Netwerk betrekken	253	100.0	1.00	10.00	6.06	2.22
- Tot verandering komen	252	99.6	1.00	10.00	7.15	1.59
- Reflecteren	253	100.0	4.00	10.00	7.83	.99

Tabel B.2. *Uitvoering hulp volgens indicatoren uit de methodiekb beschrijving door hulpverleners*

	n	%	Min	Max	m	sd
Duur van de hulp (maanden)	253	100.0	2	17	7.49	2.94
Aantal face-to-face contacten	252	99.6	4	52	20.01	9.19
Duur contact (minuten)	253	100.0	30	150	69.25	14.74
Aantal contacten per maand	244	96.4	1	6	2.93	1.02
<i>Percentage aanwezigheid van betrokkenen bij de contacten</i>						
- jeugdige ⁴⁰	253	100.0	0.0	100.0	48.37	29.32
- moeder	253	100.0	0.0	100.0	89.14	23.70
- vader ⁴¹	253	100.0	0.0	100.0	32.09	36.79
- sociaal netwerk	253	100.0	0.0	80.0	5.84	12.16
- professioneel netwerk	253	100.0	0.0	80.0	10.53	14.10
	n	%	Min	Max	m	sd
Was er een fasering?	253	100.0	0.00	1.00	.88	.33
<i>Percentage contacten in fase</i>						
- startfase	223	88.1	0.00	80.0	22.90	11.11
- uitvoerfase	223	88.1	0.00	92.0	59.07	16.07
- afbouwfase	223	88.1	0.00	80.0	17.69	9.96
Zijn er middelen ingezet?	253	100.0	0.00	1.00	.96	.20

⁴⁰ Bij interpretatie rekening houden met leeftijd jeugdigen.

⁴¹ Bij interpretatie rekening houden met eenoudergezinnen.

Tabel B.3. *Competentie van hulpverleners op kerncomponenten door hulpverleners, leidinggevenden en gedragswetenschappers*

	AH			LG			GW		
	n	m	sd	n	m	sd	n	m	sd
Informatie verzamelen	19	79.63	12.61	21	75.62	11.47	22	77.27	9.45
Analyseren	19	78.32	11.09	21	68.52	12.85	22	72.50	12.98
Doelen stellen	19	74.00	14.36	20	74.20	8.00	20	76.50	6.07
Werkrelatie opbouwen	19	84.52	11.14	21	74.33	12.99	22	77.14	10.72
Succesmomenten vieren	19	78.05	17.99	18	75.50	14.08	20	75.65	11.33
Gestructureerd werken	20	63.80	18.47	19	64.53	18.74	22	69.82	12.82
Regie voeren	19	72.95	14.27	21	74.43	15.60	22	74.59	13.81
Gesprekstechnieken	19	77.47	14.67	21	73.67	15.72	22	79.09	11.99
Netwerk betrekken	19	62.84	22.35	20	71.80	13.76	20	71.25	14.11
Tot verandering komen	20	68.40	21.53	21	70.00	14.65	21	72.29	11.43
Reflecteren	20	75.95	19.74	22	72.77	14.74	22	78.23	11.85

Dankwoord

Dankwoord

Met veel plezier sluit ik dit proefschrift af met een aantal woorden van dank aan al diegenen die mij – op hun eigen wijze – hebben geholpen.

Dit onderzoek heeft gesteund op Jeugdformaat, in allerlei opzichten. Mijn dank gaat daarom allereerst uit naar de Raad van Bestuur van Jeugdformaat. Fred Venus en Bas Timman stimuleren en faciliteren onderzoek binnen Jeugdformaat en daarbuiten. Fred heeft een promotieplaats bij Jeugdformaat gecreëerd in een tijd waarin dit nog absoluut niet gebruikelijk was in de jeugdzorg. Het vergt ontzettend veel lef om onderzoekers toe te laten en hen vrij te laten in het rapporteren over de bevindingen. Jeugdformaat heeft zich kwetsbaar opgesteld en daarvoor heb ik groot respect. Ik wens Jeugdformaat voor de toekomst nog veel mooi onderzoek toe, waarvan resultaten benut worden in de zorg aan jeugdigen en hun ouders.

Vier personen hebben mij geholpen de bladzijden in dit proefschrift wijs te benutten: prof. dr. Tom van Yperen, prof. dr. Geert Jan Stams, dr. Wouter Reith en dr. Edith Wortel.

Beste Tom, vanaf onze kennismaking heb ik je ervaren als een deskundig, betrouwbaar en toegankelijk persoon. Ik bewonder de combinatie van je ideologische visie op effectieve hulp en de pragmatische oplossingen die je aan de dag legt. Ik heb van je geleerd om kleine veranderingen op waarde te schatten, zowel in de jeugdzorg als in mijn eigen ontwikkeling. Veel dank voor het ruimhartig delen van jouw kennis.

Beste Geert Jan, wij kenden elkaar al van mijn afstudeerstage. Jij hebt als tweede promotor zowel chaos als verdieping in het proefschrift aangebracht. Jouw ondersteuning bij de analyses was onontbeerlijk en ik heb veel vaardigheden van je geleerd. Bedankt voor je aanstekelijke enthousiasme voor wetenschappelijk onderzoek, dat geeft altijd energie. Ik blijf graag met je samenwerken.

Beste Wouter, jij was bij Jeugdformaat mijn onderzoeksmaatje. We hebben propaganda gevoerd voor een stevigere verankering van methodisch werken en onderzoek daarnaar. Laten we hopen dat het beklijft. In de afgelopen jaren gaf jouw feedback op mijn proefschrift me vaak net een andere kijk op de materie, bedankt voor je hulp.

Beste Edith, ik was blij dat jij als manager van de ambulante tak bij Jeugdformaat wat duidelijkheid kwam brengen. Toen je kwam was het onderzoek in volle gang, maar stond het zeker niet op de rit. Ik moest soms knokken om je steun te krijgen en dat heeft mij sterker gemaakt, bedankt daarvoor. Dank ook voor de openlijke waardering die je uitspreekt voor onderzoek en voor het toepassen van wetenschap in de praktijk.

Mijn hartelijke dank gaat uit naar de leden van de beoordelingscommissie, prof. dr. Anneloes van Baar, dr. Leonieke Boendermaker prof. dr. Paul Goudena, prof. dr. Erik Knorth en prof. dr. Bram Orobio de Castro, voor het kritisch lezen van mijn proefschrift. Verder dank ik dr. Peter van den Bergh, prof. dr. Walter Matthys en prof. dr. Wim Meeus voor hun deelname aan de promotiecommissie.

Zonder gegevens valt er niets te onderzoeken; dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de betrokkenheid van alle acht jeugdhulpteams bij Jeugdformaat.

Ik ben ten eerste dank verschuldigd aan de ambulante hulpverleners die veel van de gegevens voor het onderzoek hebben verzameld. Zij vulden lijsten in over zichzelf, namen vragenlijsten af bij cliënten en vertelden mij via de telefoon urenlang met veel bevoegenheid over hun hulpverleningstrajecten. Bovendien luisterden zij aandachtig naar mijn presentaties over de gevonden resultaten en hun opbouwende kritiek heeft dit proefschrift verder geholpen. Alhoewel ik een groot voorstander ben van het integreren van onderzoek in de praktijk, besef ik ook dat dit enorm veel inspanning vraagt van betrokken hulpverleners en een worsteling met tijd. Vanwege hun privacy noem ik ze niet bij naam, maar de 55 hulpverleners die hebben bijgedragen: mijn dank is groot.

Mijn dank gaat ook uit naar de leidinggevenden en gedragswetenschappers die bij de jeugdhulpteams betrokken waren. Ook zij hebben hun steentje moeten bijdragen in het verzamelen van gegevens. Bovendien werd van hen ook nog eens verwacht de hulpverleners te stimuleren en motiveren voor deelname aan het onderzoek; dank hiervoor!

Verder bedank ik nog graag Linda Kuijpers en Marjolein van Vliet voor hun ondersteuning gedurende het onderzoek en de afronding ervan.

Het onderzoek was een samenwerkingsverband met de Universiteit Utrecht en de Universiteit van Amsterdam en in eerste aanloop ook met Adviesbureau Van Montfoort.

Bas Vogelvang heeft vanuit Adviesbureau Van Montfoort zijn 'bouwsteen'

bijgedragen aan het projectplan. Uiteindelijk heeft het onderzoek een andere wending gekregen, desondanks wil ik Bas hier bedanken voor zijn hulp.

Inge Wissink van de Universiteit van Amsterdam dank ik voor haar hulp bij de analyses voor hoofdstuk 6.

Wim Meeus van de Universiteit Utrecht heeft mij een plek gegeven in zijn ‘onderzoeksgroep adolescentie’ en daar heb ik ontzettend veel geleerd. Ten eerste natuurlijk over adolescenten en hun ontwikkeling, maar ook over wetenschappers (en hun ontwikkeling). De wetenschappers uit de onderzoeksgroep heb ik leren kennen als bijzondere individuen met passie voor de wetenschap en uitgesproken meningen. In het bijzonder wil ik Inge, Saskia en Muriel bedanken voor hun interesse in mij en mijn onderzoek: dat helpt!

Theo en Sophie, jullie blijven mijn ‘roomies’, ook al hebben jullie mij en onze plant al lang verlaten. Ik heb een leuke tijd gehad in ons stoffig archief en vond de mix van wetenschap, statistiek en praktijk motiverend, bedankt!

Ik was niet full-time op de universiteit, desondanks heb ik veel gezellige momenten gedeeld met andere promovendi. Bedankt Marit, Loes, Danielle, Jolien, Irene, Sabine, Amaranta, Alithe, Veroni, Leonie en Marjanneke.

Ook gaat mijn dank uit naar de studenten en assistenten die mij vanuit de Universiteit Utrecht hebben geholpen met literatuuronderzoek en dataverzameling.

Gedurende het onderzoek heb ik kunnen samenwerken met deskundige mensen uit verschillende organisaties, die mijn kijk op de jeugdzorg en specifiek op implementatie hebben verrijkt. Margot Fleuren, Erik Jan de Wilde, Jochen Mikolajczak, Theo Paulussen, dank voor de korte en prettige samenwerking tijdens de opdracht van ZonMw. Herma Ooms, Marleen Wilschut, Stan van Haaren, bedankt voor de inspirerende uitwisselingsmomenten, leuk om samen op te trekken in dit onderwerp en fijn dat we nu collega’s zijn.

Met Olaf, Marianne, Eline en Marleen heb ik bij Jeugdformaat kunnen sparren over de zin (en onzin) van onderzoek, over de kwaliteit van jeugdzorg, interventies en de implementatie daarvan. Soms met de deur open, soms met de deur dicht... Daarnaast zorgden de gezellige lunchwandelingen, etentjes en koffiemomenten voor de nodige frisse lucht. Dank aan mijn partners in crime!

Veel lieve mensen in mijn omgeving hebben er voor gezorgd dat de afgelopen vijf jaar zijn omgevlogen. Alle leuke activiteiten, geweldige feesten en gezellige etentjes zorgden voor afleiding en maakten dat ik op maandag met goede moed achter de computer kon kruipen.

Alle lieverds bij Don Bosco en Mondriaan en hun aanhang; heerlijk dat ik met jullie helemaal niet over werk hoeft te praten, dat we zoveel lol kunnen hebben en ik bij jullie ongegeneerd vals kan spelen! En Anke, fijn dat wij wèl over het werk kunnen praten, je bent een aanwinst voor mij en de jeugdzorg.

Lieve Carla, Linda en Marian, bedankt voor jullie jarenlange vriendschap en jullie steun op de momenten dat het even niet goed ging. (En Linda, veel dank voor het doorploegen van al deze pagina's. Je scherpe blik en praktische tips hebben het beter gemaakt en je complimenten zijn heerlijk.). Wat hebben we met zijn vieren veel meegemaakt sinds die eerste dag op de uni. We hebben suffe constitutieborrels zien veranderen in knallende feesten, bijbaantjes maakten plaats voor banen, kamers werden huizen, vriendjes werden serieuze relaties en opvoeden is inmiddels praktijk van alledag voor ons allen. Wat mij betreft houdt deze vriendschap nog decennia lang stand. Ik ben zo benieuwd naar jullie kleinkinderen!!

Lieve Anouk, we begonnen als collega's en dat ging al lang voordat je bij Jeugdformaat vertrok heel geleidelijk over in een hele fijne vriendschap. Heerlijk om even met jou te sparren bij een kop thee of een lekker etentje en ik geniet met volle teugen van alle momenten die we delen samen met Arjan, Daan en de kleintjes.

Bedankt lieve Maarten, Jorrit, Lotte, Folkert, Jeroen, Lesley; gewoon omdat jullie bij me zijn op de kleine en grote belangrijke momenten in mijn leven.

Lieve Aad en Hanny, dank voor jullie onuitputtelijke beschikbaarheid om 'even' op te passen of een luisterend oor te bieden. Jullie zijn er altijd en dat is een bijzonder fijn gevoel.

Lieve papa en mama, ik bedank jullie voor het voorbeeld dat hard werken loont. Ik geniet van jullie trots en vind het heerlijk dat ik altijd terecht kan voor hulp of gezelligheid.

Lieve Arjan, wat is er veel gebeurd in de afgelopen jaren. We hebben allerlei veranderingen 'geïmplementeerd' in ons leven en wat verliep dat eigenlijk soepel. Soepel, niet vanzelf. Ik ben me bewust van jouw grote aandeel in het tot stand komen van dit proefschrift en wil je bedanken voor je oneindige geduld en rotsvaste vertrouwen in mijn ambities. Met jou ben ik sterk.

Lieve Jasmijn, jij maakt mijn wereld mooier, elke dag!

Lieve kleine, het is af. Geniet nog maar lekker van de rust in mama's buik en hoofd.

Over de auteur

Curriculum Vitae

Karlijn Stals werd op 1 februari 1983 in Utrecht geboren. Vanaf 2000 studeerde zij Pedagogische Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht en een jaar later, in 2001, startte ze daarnaast een studie Psychologie. Gedurende haar studietijd was Karlijn actief als lid van de opleidingscommissie, als voorzitter van de studievereniging voor Pedagogiek (PAP) en als student-assistent bij de propedeuseafdeling van Pedagogiek. Karlijn werkte naast haar studies met gehandicapte (jong)volwassenen bij Stichting Fokus en begeleidde kinderen met ontwikkelings- en gedragsproblemen bij Reinaerde.

In 2005 behaalde Karlijn twee doctoraal diploma's: Pedagogische Wetenschappen en Psychologie. Zij schreef een scriptie over behandelmotivatie bij jongeren in residentiele voorzieningen. Karlijn liep in het laatste jaar van haar studies een dubbele stage bij Stichting Jeugdformaat in Rijswijk, een combinatie van een klinische stage met een onderzoeksstage. Het onderzoek bij Jeugdformaat rondde zij af met een verslag en een publicatie in een Nederlands tijdschrift. De klinische stage resulteerde in een baan.

Van 2005 tot 2007 werkte Karlijn bij Jeugdformaat als gedragswetenschapper bij een ambulant team en diverse residentiele teams. Zij deed diagnostisch onderzoek, adviseerde hulpverleners, begeleidde teams en schreef mee aan een methodiek voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen in een residentiele voorziening.

Karlijn heeft vanaf 2007 voor Jeugdformaat gewerkt aan een onderzoek naar implementatie van interventies in de jeugdzorg. Dit was een samenwerkingsproject met de Universiteit Utrecht en de Universiteit van Amsterdam. Karlijn maakte bij Jeugdformaat deel uit van de stafafdeling Ontwikkeling & Ondersteuning en hield zich in die hoedanigheid bezig met instellingsbreed onderzoek naar resultaten van de hulp, methodiekontwikkeling en training van medewerkers. Bij de universiteiten gaf Karlijn colleges over onderzoek in de praktijk en begeleidde zij masterstudenten. In 2012 is het onderzoek afgerond.

Sinds april 2012 werkt Karlijn als senior medewerker bij de afdeling Programma-implementatie en -training van het Nederlands Jeugdinstituut. Zij adviseert over implementatie in diverse projecten binnen de jeugdsector.

Artikelen/rapporten

- Reith, W., Prins, A., Goorden, O. & **Stals, K.** (2011). Methodisch werken in de residentiële hulp in beeld. De logeerhuismonitor als systeem om de kernpunten van het methodisch werken te volgen. *Jeugd en Co Kennis*, 1, 27-36
- **Stals, K.**, Yperen, T.A. van, Reith, W.J.M., & Stams, G.J.J.M. (2010) Planmatig implementeren leidt tot effectievere interventies in de praktijk. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 49, 43-55
- **Stals, K.**, Yperen, T. van, Reith, W. & Stams, G. (2009) Jeugdzorg kan nog veel leren over implementeren. *Gebruik van kennis over implementatie vergroot de kans op succes. Jeugd en Co Kennis*, 4, 19-28
- Fleuren, M.A.H., Wilde, E.J. de, Paulussen, T.G.W.M., **Stals, K.** & Mikolajczak, J. (2009). Conditie voor effectieve invoering van jeugdinterventies: een kennissynthese. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 6, 245-247
- Mikolajczak, J, **Stals, K.**, Fleuren, M.A.H., Wilde, E.J. de, Paulussen T.G.W.M. (2009). *Kennissynthese van condities voor effectieve invoering van jeugdinterventies*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven / Utrecht: NJi.
- **Stals, K.**, Yperen, T. van, Reith, W. & Stams, G. (2008). *Effectieve en duurzame implementatie in de jeugdzorg. Een literatuurrapportage over belemmerende en bevorderende factoren op implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Reith, W., **Stals, K.**, Stams, G. J., Eekhof, A. & Vries, N. de. (2006) Zware Hulp, Dure Hulp? Een interactieve analyse met behulp van de Delphi methode binnen Stichting Jeugdformaat. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 45 p.240-250

Instrumenten

- **Stals, K.** (2008). *Vragenlijst Kerncomponenten Methodiek Ambulante Hulp*. Rijswijk: Jeugdformaat.
- **Stals, K.** (2008). *Werkbegeleidingsevaluatieschaal en Consultatie-evaluatieschaal*. Rijswijk: Jeugdformaat.

Congresbijdragen

- **Stals, K.** (2011, maart). *Implementatiemonitor: Meet uitvoering en uitkomsten van de hulp*. Workshop Conferentie 'Jeugd in Onderzoek', Ede.
- **Stals, K.** (2010, October) *Systematic implementation leads to more effective interventions in practice. Paper presented at the Eleventh International Biannual EUSARF Conference*, Groningen: the Netherlands.
- Fleuren, M.A.H., Wilschut, M.M., Wilde, E.J. de, Loon, A.P.A. van, Mikolajczak, J., **Stals, K.** & Paulussen, T.G.W.M., (2010, maart). *Effectieve invoering van jeugdinterventies: waarom en hoe?* Workshop Conferentie 'Jeugd in Onderzoek', Nieuwegein.
- **Stals, K.**, Reith, W. & Yperen, T. van (2009, maart) *Voorkom implementeren in het wilde weg! Workshop over planmatige aanpak van veranderingen*. Workshop Conferentie 'Jeugd in Onderzoek', Nieuwegein .