University of Groningen

Jeugdhulp, wetenschappelijk verantwoord

Knorth, E.J.; Evenboer, K.E.; Harder, A.T.

Published in:
Pedagogiek in beeld

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Final author's version (accepted by publisher, after peer review)

Publication date:
2016

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Knorth, E. J., Evenboer, K. E., & Harder, A. T. (2016). Jeugdhulp, wetenschappelijk verantwoord. In M. H. van IJzendoorn, & L. van Rosmalen (editors), *Pedagogiek in beeld: Een inleiding in de pedagogische studie van opvoeding, onderwijs en hulpverlening* (3 redactie, blz. 193-204). [15] Bohn, Stafleu, Van Loghum.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Jeugdhulp, wetenschappelijk verantwoord

E.J. Knorth

K.E. Evenboer

A.T. Harder

Rijksuniversiteit Groningen

finale versie

verschijnt in

M.H. van IJzendoorn en L. van Rosmalen (redactie)

Pedagogiek in beeld:

Een inleiding in de pedagogische studie van opvoeding, onderwijs en hulpverlening

Noot van de auteurs

E.J. Knorth, Afdeling Orthopedagogiek, Rijksuniversiteit Groningen; K.E. Evenboer, Afdeling Gezondheidswetenschappen, Universitair Medisch Centrum Groningen; A.T. Harder, Afdeling Orthopedagogiek, Rijksuniversiteit Groningen. Correspondentie over deze bijdrage: Rijksuniversiteit Groningen, Afdeling Orthopedagogiek t.a.v. E.J. Knorth, Grote Rozenstraat 38, 9712 TJ Groningen. E-mail: E.J.Knorth@rug.nl.

E.J. Knorth, K.E. Evenboer, A.T. Harder

Samenvatting

Jaarlijks komt ongeveer 10% van de kinderen en adolescenten in Nederland in aanraking met een vorm van jeugdhulp vanwege psychosociale en/of opvoedkundige problemen. Het meest wordt een beroep gedaan op ambulante hulp of (intensief) pedagogische thuishulp, maar ook heel wat jeugdigen maken jaarlijks gebruik van meer intensieve vormen van zorg zoals daghulp, pleegzorg of residentiële hulp. Om te bepalen of jeugdhulp effectief is, zullen we in kaart moeten brengen in hoeverre er (positieve) verandering is in het functioneren van jeugdigen (en hun opvoeders) voor én na de ontvangen hulp. Daarnaast is het noodzakelijk te weten welke concrete interventie(s) zij feitelijk hebben ontvangen. Dit laatste is een onderbelicht thema in pedagogisch onderzoek. Uit een recent afgeronde studie onder 4 tot 18-jarige zorggebruikers en hun ouders in Noord-Nederland ($N=1.382$) die dit thema wel belicht blijkt dat ongeveer de helft van de aangetroffen interventies zoveel gelijkenis vertoont qua methodische handelingsaspecten dat zij samengebracht ('gefuseerd') kunnen worden tot een veel kleiner aantal 'distincte' interventies. Onderzoek naar deze gedeelde (en niet-gedeelde) methodische kenmerken kan meer inzicht bieden in werkzame componenten en effectiviteit in de jeugdhulp.

1. Inleiding

De Nederlandse jeugd behoort tot de gelukkigste ter wereld. Zo bleek uit onderzoek van de World Health Organization (WHO) dat Nederlandse jeugdigen ($N=4.520$) in de leeftijd van resp. 11, 13 en 15 jaar in achtereenvolgens 95%, 94,5% en 93% van de gevallen blijken geven van een hoge mate van levensgeluk ('high life satisfaction') (Currie et al., 2012). Ondanks dit positieve beeld kampt naar schatting zo'n 14 tot 22% van de Nederlandse jeugd met emotionele en/of gedragsmatige problemen (Tick et al., 2007). Dat betekent dat de ouders met een verzwaarde tot problematische opvoedingssituatie te maken hebben. Uit onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) onder meer dan 25.000 ouders (Bot et al., 2013) komt naar voren dat 16,5% van de ouders zich incompetent voelt als opvoeder en dat 12% ontevreden is over de relatie met hun kind. De meest recente Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (Euser et al., 2013) laat zien dat in 2010 ongeveer 120.000 minderjarigen (3,4%) op jaarbasis geconfronteerd werden met een vorm van

kindermishandeling, vooral lichamelijke en emotionele verwaarlozing. De prevalentie onder 12-17 jarigen op basis van een zelfrapportage vragenlijst bedroeg zelfs bijna 10%.

Niet alle jeugdigen en opvoeders met deze problemen maken gebruik van jeugdhulp. Uit recent onderzoek in de provincie Groningen kwam naar voren dat 20,7% van de jeugdigen en jongvolwassenen (0-23 jaar) in één jaar tijd vanwege gedragsmatige en emotionele problemen in aanraking was gekomen met een vorm van zorg (Van Eijk et al., 2013). Een vergelijkbaar percentage komt naar voren in SCP-onderzoek (Bot et al., 2013). Het betreft overigens lang niet altijd *jeugdhulp*. Iets meer dan de helft van de jeugdigen of ouders (10,9%) nam bijvoorbeeld contact op met de huisarts; deze verwees 'slechts' twee op de vijf jeugdigen door naar (gespecialiseerde) jeugdhulp.

In het navolgende zullen we aangeven wat de belangrijkste vormen van jeugdhulp zijn en in welke mate daarvan gebruik wordt gemaakt. Vervolgens bespreken we empirisch onderzoek naar de grote diversiteit van aangeboden jeugdhulpinterventies met als vraag of zij wel zo veel van elkaar verschillen als de naamgeving doet vermoeden. Tevens gaan we na wat de impact is van de factor 'cultuur' op het verlenen van jeugdhulp. We sluiten af met een blik op de toekomst. Eerst geven we echter een schets van het veld vanuit een historisch perspectief.

2. Jeugdhulp in ontwikkeling

Het in werking treden van de Kinderwetten in 1901 wordt veelal gezien als het begin van de inmenging van de Nederlandse overheid in gezinnen met kwetsbare kinderen, en daarmee van de 'jeugdhulpverlening' in ons land. De wetten zijn gebaseerd op het principe dat ouders een *opvoedingsplicht* in plaats van een *opvoedingsrecht* hebben (Matthijs & Vincken, 1997, p. 27). De pedagogische bevoegdheden van ouders die hun plicht verzaken omdat zij hun kinderen verwaarlozen en/of mishandelen, kunnen hen met de maatregelen 'onthefing van' of 'ontzetting uit' de ouderlijke macht in verregaande mate worden ontnomen. Kinderen komen dan onder voogdij te staan en worden opgenomen in een kindertehuis of een pleeggezin.

Twintig jaar later (1921) wordt aan de twee genoemde kinderbeschermingsmaatregelen een derde toegevoegd, de 'ondertoezichtstelling' (ots). Bij deze door de Kinderrechter opgelegde maatregel behouden ouders hun pedagogische verantwoordelijkheden, maar zij worden hierin wel ondersteund door een officieel benoemde gezinsvoogd. Wanneer deze van oordeel is dat de gezinssituatie voor een kind – ondanks de geboden steun – onveilig is of blijft ("de zedelijke of lichamelijke belangen of gezondheid van het kind worden bedreigd"), kan deze de kinderrechter verzoeken – daarbij geadviseerd door de Raad voor de Kinderbescherming – het kind uit huis te plaatsen.

In de jaren '50 en '60 van de vorige eeuw beginnen de gedragswetenschappen en het maatschappelijk werk als nieuwe disciplines op te komen. In plaats van de dominante insteek van 'opvang en verzorging' van in hun ontwikkeling bedreigde kinderen, komt het adagium van 'hulpverlening en behandeling' tot ontwikkeling waarin het doel van ingrijpen wordt "...kinderen beter te maken" (Clarijs, 2013, p. 106). De jaren '60 en '70 gaan de geschiedenis in als de jaren van verandering en democratisering. In het verlengde van het maatschappelijk discours over de bestaande gezags- en machtsverhoudingen (Milikowski, 1967) ontstond er een toenemend geloof in de maakbaarheid en veranderbaarheid van de mens, inclusief het in zijn ontwikkeling bedreigde of verstoorde kind.

Het is mede tegen deze achtergrond dat er behoefte ontstond de regelgeving voor de zorg voor jeugdigen te herijken. Nadat al vele commissies de overheid van beleidsadviezen hadden voorzien (Clarijs, 2013, p. 107), waren het uiteindelijk twee interdepartementale werkgroepen, IWAPV en IWRV¹, die in 1984 met voorstellen kwamen welke de basis vormden voor de op 1 januari 1989 van kracht geworden (eerste) *Wet op de Jeugdhulpverlening*. Het meest in het oog springende principe betrof het zgn. *zo-zo-zo beleid*. Dit kwam erop neer dat hulpverlening aan kwetsbare jeugdigen zo licht (liefst thuis), zo dichtbij (liefst regionaal), zo kortdurend (maximaal twee jaar), en zo tijdig (liefst preventief) mogelijk zou moeten plaats vinden. Deze 'ambulantisering' van de jeugdhulpverlening ging gepaard met een teruggang in beschikbaarheid en afname van waardering voor residentiële verblijfszorg, maar niet met een verminderd beroep op de zorg in het algemeen; deze nam gestaag toe (Knorth et al., 2007; Zwikker & Kann, 2013).

Al snel na invoering van de nieuwe wet was er het besef dat minstens twee cruciale kwesties onaangeroerd waren gebleven: a) de onoverzichtelijkheid van en het gebrek aan samenhang in het geheel van jeugdhulpvoorzieningen, en b) de gescheiden financiering van de verschillende sectoren van jeugdzorg. Op 1 januari 2005 trad een nieuwe wet, de *Wet op de Jeugdzorg*, in werking waarin het eerste punt een organisatorische vertaling kreeg. De wet gaf een wettelijke basis aan de oprichting van het *Bureau Jeugdzorg*, een instantie die garant zou moeten staan voor een integrale toegang tot de tweedelijns jeugdzorgvoorzieningen. Bureau Jeugdzorg (BJz) werd tevens de thuishaven van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK, zie hoofdstuk Alink) en droeg verder zorg voor de uitvoering van civielrechtelijke (kinderbescherming) en strafrechtelijke (jeugdreclassering) maatregelen. Een tweede punt van belang in de wet was dat cliënten (ouders en kinderen) een *recht op jeugdzorg* kregen wanneer BJz daar voldoende grond voor zag, c.q. een indicatiebesluit verstrekke. Daarnaast behielden jeugdigen en ouders ook een toegang tot zorgvoorzieningen via een verwijzing in het medisch circuit, zoals de huisarts.

¹ IWAPV = Inderdepartementale Werkgroep Ambulante en Preventieve Voorzieningen voor jeugdigen; IWRV = Interdepartementale Werkgroep Residentiële Voorzieningen voor jeugdigen.

Iets dat in de Wet op de Jeugdzorg – tegen de zin van velen – niet werd geregeld was het opheffen van de gescheiden financieringsstromen in jeugdzorgland. Dit nu was tien jaar later een belangrijk motief voor opnieuw een forse wijziging van het wetgevend kader: met ingang van 1 januari 2015 is in Nederland de *Jeugdwet* van kracht geworden die als wetgevend kader alle vormen van jeugdhulpverlening of (kortweg) *jeugdhulp* omvat. Met deze nieuwe wet gaat een omvangrijke wijziging van het jeugdstelsel gepaard. De verschillende vormen van zorg voor jeugd – zoals daar waren tot eind 2014: de (provinciaal gefinancierde) jeugd- en opvoedhulp, de gesloten jeugdzorg, de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-GGZ), en de zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking (lvb-zorg) – vallen vanaf de genoemde datum onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. Dat geldt eveneens voor het AMK, dat geïntegreerd wordt in het bredere Advies- en Meldpunt Huiselijk geweld en Kindermishandeling (AMHK). Daarnaast heeft de gemeente de verantwoordelijkheid voor de uitvoering (niet voor het opleggen) van maatregelen van jeugdbescherming en jeugdreclassering.

Gelijktijdig met deze overgang (transitie) wat betreft de aansturing en financiering van de jeugdhulp wordt beoogd ook de inhoud van de hulp te verbeteren (transformatie). De basisfilosofie die ten grondslag ligt aan alle veranderingen is dat de hulpverlening aan kwetsbare kinderen en gezinnen dicht(er) bij de mensen om wie het gaat gestalte krijgt, bij voorkeur door mede gebruik te maken van de krachten in en om het gezin zelf (RMO, 2012).

3. Vormen van jeugdhulp

We schatten dat in de periode 2010-2012 zo'n 350.000 jeugdigen (vgl. tabel 1) jaarlijks hulp ontvangen vanuit de jeugdhulp, met inbegrip van jeugdbescherming/reclassering en hulp bij kindermishandeling; dit correspondeert met 10% van de minderjarigen in Nederland.²

De hoofdvormen van hulp zijn ambulante hulp en pedagogische thuishulp, daghulp, pleegzorg en residentiële zorg.

Bij *ambulante hulp* of *pedagogische thuishulp* wordt hulp geboden terwijl de jeugdige thuis woont. In het eerste geval (ook wel poliklinische behandeling genoemd) zullen jeugdigen en/of ouders de hulpinstelling bezoeken ('hulp op kantoor'); in het tweede geval bezoekt de hulpverlener het gezin thuis voor een aantal contacten.

Bij *daghulp* (ook wel semi-residentiële hulp of deeltijdbehandeling genoemd) woont de jeugdige eveneens thuis, maar overdag gaat hij of zij naar een centrum voor specialistische hulp.

² Omdat het in de kolom 'aantal cliënten' niet uitsluitend gaat om unieke cliënten en er sprake kan zijn van dubbeltellingen, geeft een optelling (N=426.500) niet een correct beeld en verminderen we dit totaal met zo'n 75.000.

Bij *pleegzorg* woont de jeugdige niet langer bij de biologische ouders, maar bij 'vervangende' ouders – de pleegouders – die de jeugdige voor kortere of langere tijd verzorgen en begeleiden.

Bij *residentiële zorg* (ook wel aangeduid als dag-en-nacht hulp, 24-uurs zorg of klinische behandeling) verblijft de jeugdige voor kortere of langere tijd in een instelling, tezamen met andere jeugdigen. Daarbij woont de jeugdige in een leefgroep, een gezinshuis of met een aantal oudere jeugdigen in een centrum voor kamertraining. Twee meer specifieke vormen van residentiële zorg zijn JeugdzorgPlus voorzieningen – dit betreft hulp in gesloten kader – en orthopedagogische behandelcentra – dit betreft 24-uurs zorg voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking.

Veruit de meeste jeugdigen en ouders maken gebruik van ambulante hulp of (intensief) pedagogische thuishulp (IPT) (vgl. tabel 1).

Tabel 1

Aantal jeugdigen per jaar dat hulp ontvangt van voorzieningen voor jeugdhulp, jeugdbescherming en -reclassering en kindermishandeling (afgeronde getallen, indicatief voor periode 2010-2012)¹

Type zorg	aantal cliënten
JEUGDHULP	>313.000
Jeugd- en Opvoedhulp	100.000
ambulante hulp, thuishulp of daghulp	40.000
pleegzorg of residentiële zorg	30.000
ambulante ondersteuning door bureau jeugdzorg	30.000
JeugdzorgPlus	3.200
Jeugd Geestelijke Gezondheidszorg ²	170.000
ambulante hulp	165.000
(semi)residentiële zorg	5.000
Zorg voor Jeugd met Licht Verstandelijke Beperking	>39.800
orthopedagogisch behandelcentrum [obc] of andere awbz-gefinancierde zorg ³	>13.000
zelf ingekochte zorg op basis van patiëntgebonden budget	26.800
JEUGDBESCHERMING & JEUGDRECLASSERING	64.500
voogdij en gezinsvoogdij	48.500
jeugdreclassering	16.000
ADVIES- EN MELDPUNT KINDERMISHANDELING	49.000
advies	32.500
onderzoek	16.500

Toelichting:

¹ Bronnen opvraagbaar bij eerste auteur.

² In dit getal van 170.000 cliënten is *niet* de hulp verdisconteerd die *uitsluitend* aan ouders van kwetsbare jeugdigen wordt verleend.

³ De 13.000 jeugdigen betreffen alleen de gebruikers van obc's; het aantal jeugdigen dat daarnaast op andere wijze zorg ontvangt via de awbz is niet bekend. Het werkelijke aantal zorggebruikers ligt dus boven de 13.000.

Onder het motto "Thuis ligt de troep, daar moet opgeruimd worden..." (Loeffen, 2004, p. 7) is het aantal thuishulpprogramma's sinds de jaren '90 sterk toegenomen (Loeffen, 2001). Veerman, Janssens en Delicat (2005) maken in een meta-analyse gewag van niet minder dan 92 verschillende methodieken voor de thuisbehandeling van jeugdigen met externaliserende gedragsproblemen. De methodieken waarnaar evaluatieonderzoek is gedaan van enige betekenis (steekproefgrootte ≥ 85), zijn: Families First (FF), Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG), Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG) en Orthopedagogische Videogezinsbehandeling (OVG). De

(gecorrigeerde) effectgroottes (EG's) van deze vier methodieken m.b.t. externaliserend probleemgedrag van jeugdigen liggen tussen de .41 en .60, terwijl de EG's m.b.t. opvoedingsbelasting van ouders tussen de .49 en .63 liggen. Zowel bij de jeugdige als bij de ouders is conform Cohen (1992) sprake van een *middelgroot* effect.

Een eerste kanttekening die gemaakt moet worden is dat geen van de IPT-evaluatiestudies een experimenteel design kende, waardoor de vraag of het geconstateerde effect ook *veroorzaakt* is door de betreffende methodiek niet met zekerheid is te beantwoorden. Ten tweede moeten we ons afvragen of jeugdigen en hun opvoeders wel gebaat zijn bij zo'n grote hoeveelheid interventies waarover maar weinig bewijs t.a.v. de effectiviteit bestaat. Steeds meer stemmen gaan op om de interventies te onderzoeken op 'wat werkt'-componenten of -elementen. Recente literatuur geeft aanwijzingen dat dit een begaanbare weg is.

Zo beargumenteren Embry en Biglan (2008) de noodzaak om te komen tot zogeheten 'kernels' (letterlijk: het binnenste, de kern) en spreken Chorpita et al. (2005) over 'practice elements'. Het gaat dan om benoembare aspecten van methodisch handelen die als 'werkzame elementen' van zo'n interventie gezien kunnen worden. Het samenbrengen van die werkzame elementen leidt tot een meer generieke interventie, ook wel *treatment family* of prototype genoemd. Southam-Gerow en Prinstein (2014) benadrukken het belang van deze *treatment families* om de 'evidence base' van effectieve interventies te vullen en te updaten. Zij stellen dan ook voor de Amerikaanse databank *Effective Child Therapy* (zie: <http://www.effectivechildtherapy.com/>) op basis hiervan te gaan (her)inrichten.

In Nederland zijn deze geluiden ook opgepikt en aanleiding voor een door ZonMw gefinancierd onderzoeksprogramma, waarmee beoogd wordt werkzame elementen in interventies voor verschillende doelgroepen te detecteren, en op basis daarvan het almaar uitdijende aantal behandelingen, vermeld in de *Databank Effectieve Jeugdinterventies*, 'in te dikken' tot een beperkte serie prototypen.

4. Empirisch onderzoek

In dit verband willen we een onlangs binnen de Academische Werkplaats *C4Youth* (zie hieronder) afgerond onderzoek bespreken dat enig licht kan werpen op de vraag naar overeenkomst en verschil tussen veel toegepaste jeugdhulpinterventies, en naar de vraag of 'indikking' een optie is.

4.1 Taxonomie van zorg voor jeugd

In het veld van de zorg voor jeugd zien we een groeiende belangstelling voor onderzoek naar de kenmerken van de zorg en hulp die jeugdigen en hun opvoeders feitelijk ontvangen (Chorpita &

Daleiden, 2009). Deze interesse hangt samen met de behoefte meer inzicht te krijgen in de kwaliteit en effectiviteit van de zorg voor jeugd. Daartoe is informatie nodig aan zowel de ‘kindkant’ als de ‘zorgkant’, zodat kan worden nagegaan of er een goede *fit* tussen hulpvraag en -aanbod is gerealiseerd. In tegenstelling tot het grote aantal (diagnostische) instrumenten dat er bestaat om de ‘kindkant’ in kaart te brengen, is er gebrek aan gestandaardiseerde instrumenten voor het registreren en classificeren van de inhoud van de aangeboden zorg. Dit maakt het moeilijk om uitspraken te doen over de potentieel effectieve componenten van zorg (Schulz et al., 2010). Een taxonomie die de belangrijkste aspecten van het zorgproces kan classificeren, zou kunnen helpen om de behandelkenmerken (welke zorg ontving de cliënt?) en uitkomsten van zorg (is de cliënt erop vooruitgegaan?) empirisch met elkaar te verbinden (Ryan & Schuerman, 2004), en zo meer zicht te krijgen op de werkzaamheid van deze zorg voor jeugdigen en hun gezinnen.

Een recent overzicht (Evenboer, 2015) laat zien dat er de afgelopen tien jaar verschillende taxonomieën op het gebied van gezondheidszorg, gezinsgerichte zorg, en zorg voor jeugd zijn ontwikkeld. Geen van deze taxonomieën is echter ontwikkeld voor gebruik in de dagelijkse praktijk of in staat om de belangrijkste aspecten van de aangeboden zorg in kaart te brengen. Daarnaast is er nauwelijks informatie over de psychometrische kwaliteiten. Op basis van dit overzicht concludeerden we dat we zelf een zorgtaxonomie zouden moeten ontwikkelen, waarbij tenminste de volgende zeven domeinen worden gedekt:

- A. inhoud van interventie;
- B. juridische context van interventie;
- C. duur van interventie;
- D. intensiteit van interventie;
- E. ontvangers van interventie;
- F. expertise van professionals;
- G. setting waarin interventie plaatsvindt.

De *Taxonomie van Zorg voor Jeugd*, TAZJE (Evenboer, 2015), is ontwikkeld in de context van de Academische Werkplaats *C4Youth*. Eén van de hoofddoelen van *C4Youth* is het onderzoeken van de relatie tussen de kenmerken van cliënten inclusief de psychosociale problemen waarmee zij te kampen hebben, de aangeboden zorg, en de uitkomsten van deze zorg in termen van o.a. verminderde problematiek en toename van competenties. Daartoe is een *cohortstudie* geïnitieerd onder de titel TAKECARE, waarin de ontwikkeling van twee groepen jeugdigen (4-18 jaar), met inbegrip van de door hen ontvangen jeugdhulp, drie jaar lang op de voet wordt gevolgd: 1) een groep ($N=1.382$) die vanwege gedragsmatige- en emotionele problemen is aangemeld bij (één van) de vier grootste

zorgaanbieders in de provincie Groningen, en 2) een groep uit de algemene populatie in dezelfde leeftijd ($N=666$) die niet is aangemeld voor jeugdhulp (Verhage et al., 2014).

4.2 *Inhoud van hulp nader bekeken*

Ten aanzien van het eerste domein van de taxonomie - de inhoud van de zorg - werden in de vier deelnemende organisaties 90 verschillende interventies aangeboden, waarvan er 73 (81%) deel uitmaken van een van de volgende drie *hoofdtypen van hulp*: kindgerichte begeleiding, ouderbegeleiding, en gezinsbegeleiding. De onderzoeksvraag die we wilden beantwoorden luidde: In hoeverre is er – per hoofdtype – gelijkenis tussen de aangeboden interventies; in welke mate komen zij overeen danwel verschillen zij wat betreft de inhoud van methodische handelingsaspecten?

4.3 *Methode*

Om de vraag te beantwoorden werd allereerst per hoofdtype jeugdhulp een set van 20 descriptoren samengesteld die het meest frequent werd aangetroffen per hoofdtype (cf. Abraham & Michie, 2008). Een *descriptor* is een compacte formulering van een aspect van methodisch handelen, waarmee een interventie inhoudelijk nader kan worden getypeerd (bijvoorbeeld: 'kind aanmoedigen emoties te tonen'; 'ouder uitleg geven over een stoornis'). Om de set met descriptoren samen te stellen werd een inhoudsanalyse op een steekproef van *handleidingen* ($N=33$) van kind-, ouder- en gezinsgerichte interventies uit de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) uitgevoerd. Met deze set descriptoren konden de in onze eigen steekproef aangetroffen interventies nader worden gekarakteriseerd, ook in vergelijking tot elkaar.

Vervolgens hebben de best geïnformeerde *professionals* in de deelnemende organisaties alle aangeboden interventies gescoord met behulp van de set descriptoren. De opdracht was bij elke descriptor op een 7-punts Likert schaal aan te geven in hoeverre deze kenmerkend is voor de interventie (1=volstrekt niet kenmerkend; 7=bij uitstek kenmerkend). Elke interventie werd door twee beoordelaars geëvalueerd. Als score gold het gemiddelde van beide respondent-oordelen.

In de derde stap gingen we na wat de overeenkomsten en verschillen waren in het patroon van aan interventies toegekende descriptor-scores. We vergeleken daartoe eerst de scores van elke afzonderlijke interventie met het (denkbeeldig) 'gemiddelde profiel' van een hoofdtype jeugdhulp. Wanneer relatief veel interventies een patroon laten zien dat niet of nauwelijks afwijkt van dit 'gemiddelde profiel', dan is er sprake van *pariteit*. Anders gezegd, veel interventies binnen het hoofdtype lijken sterk op elkaar qua methodisch handelen. Bij een geringe mate van overeenstemming

spreken we van *dispariteit*. Om dit te bepalen zijn drie statistische maten van belang (zie *appendix* voor een voorbeeld):

- 1) de gemiddelde descriptor-score over alle interventies (Gem_{rij});
- 2) de gemiddelde descriptor-score voor elke aparte interventie (Gem_{kolom});
- 3) de overall gemiddelde descriptor-score ($Gem_{overall}$).

Om te besluiten dat een interventie qua methodisch profiel sterk overeenkomt met het 'gemiddelde profiel' moet aan twee voorwaarden zijn voldaan: a) bij tenminste 60% van alle 20 descriptor-scores mag het verschil met Gem_{rij} niet groter zijn dan 0,5; en b) de gemiddelde descriptor-score van de betreffende interventie (Gem_{kolom}) verschilt ten hoogste 0,5 van het overall gemiddelde. In het fictieve voorbeeld voldoet geen van de drie interventies aan de eerste voorwaarde; twee interventies (1,3) voldoen aan de tweede voorwaarde. Er is dus geen sprake van pariteit.

Om na te gaan of zich in het totaal van interventies binnen een hoofdtype jeugdhulp subgroepen met een verwant profiel voordoen, zijn alle interventies onderworpen aan een *paarsgewijze vergelijking*. De beslisregel is dat paren gelijkenis vertonen, wanneer maximaal een kwart van de descriptor-scores meer dan één schaalpunt van elkaar verschilt. Toepassing van deze regel op het fictieve voorbeeld (zie *appendix*) laat zien dat twee interventies (1,3) een gelijkaardig patroon van handelingsaspecten hebben; zij kunnen opgevat worden als lichte variaties op een grondpatroon.

4.4 Resultaat

Wanneer we de hiervoor besproken beslisregels toepassen op ons databestand, dan zien we (tabel 2) dat 73 interventies samengebracht ('gefuseerd') kunnen worden tot 34 'distincte' interventietypen. Binnen het hoofdtype 'gezinsbegeleiding' zien we de sterkste reductie (61%) na 'fusie' en dus de meeste overeenkomsten tussen interventies.

Tabel 2

Aantal interventies in vier organisaties van jeugdhulp vóór en na 'fusie', uitgesplitst naar drie hoofdtypen van hulp

Hoofdtype jeugdhulp	oorspronkelijk aantal interventies	aantal (typen) interventies na 'fusie'	reductie (in afgerond %)
Kindgerichte begeleiding	26	12	54%
Ouder-begeleiding	19	11	42%
Gezins-begeleiding	28	11	61%
Totaal	73	34	53%

4.5 Discussie

Analyse van de methodische handelingsaspecten van 73 kind-, ouder- en gezinsgerichte interventies laat zien dat een substantieel deel een sterk op elkaar gelijkend profiel heeft. Dat de gelijkenis het meest duidelijk naar voren komt bij interventies die gericht zijn op *gezinsbegeleiding* is niet zo verbazingwekkend als we bedenken dat de afgelopen 20 à 25 jaar juist op dit punt zoveel 'nieuwe' interventies zijn ontwikkeld (Loeffen, 2001; Veerman et al., 2005). Een aantal van deze interventies is echter naar alle waarschijnlijkheid veel minder 'nieuw' of uniek dan lijkt; ze zijn vermoedelijk veeleer (lichte) variaties op een grondpatroon of prototype van methodische handelingsaspecten. Als dat zo is, is het wenselijk om tot een nadere ordening van het aanbod te komen. Hierdoor komt er meer overzicht. Tevens kan gefocust worden, in praktijk en onderzoek, op de (typen van) interventies met de sterkste evidence-base.

Overigens betekent het clusteren of 'fuseren' *niet* dat interventies binnen één cluster als identiek worden beschouwd. Het toepassen van vergelijkbare methodische handelingsaspecten, bijvoorbeeld ontleend aan de sociale leertheorie, zal bij agressieve kinderen anders worden ingevuld dan bij kinderen met autismespectrumstoornissen; emotieregulatietherapie voor deze twee subgroepen wordt tot hetzelfde cluster gerekend zonder dat het om identieke behandelingen gaat.

Een beperking van het onderzoek is dat de methodische handelingsaspecten door de respondenten niet gesorteerd zijn op (geattribueerde) werkzaamheid. We zien hier een aanvullende opdracht: professionals niet alleen vragen welke handelingsaspecten kenmerkend zijn voor een interventie, maar hen tevens uitnodigen aan te geven wat naar hun ervaring die methodische componenten zijn die het *meest* bijdragen aan een positief behandelresultaat (cf. Evenboer, 2015). Deze ervaringskennis kan een volgende stap ondersteunen die nodig is om de evidence base van interventies te versterken: het selecteren van die componenten die in aanmerking komen voor toetsing in (quasi-)experimenteel onderzoek (vgl. bv. Van IJzendoorn et al., 2005).

5. Cultureel-vergelijkend onderzoek

Een vraag die in een multiculturele samenleving als de onze altijd opportuun is luidt: werken cultuur en culturele verschillen in de bevolking door in het zorgaanbod dat kinderen en ouders ontvangen? Daarover is veel te zeggen. We beperken ons tot een drietal bevindingen.

Om te beginnen bleek uit het zojuist besproken onderzoek van Evenboer dat kinderen en ouders in de twee grootste sectoren van de zorg voor jeugd, te weten de jeugd- en opvoedhulp en de jeugd-GGZ, een verschillend zorgaanbod krijgen: in de eerste sector is de hulp veel vaker dan in de tweede gericht

op de context van het kind, op ouders en gezin (Evenboer, 2015). Gelet op de grote overeenkomsten in type cliëntenproblematiek tussen beide sectoren (Van Eijk et al., 2013), is onze hypothese dat traditie en 'cultuur' ("zo doen we dat nu eenmaal") hier een hartig woordje meespreken in de vormgeving van de zorg.

Op een andere manier komen we de impact van cultuur eveneens tegen. Zo blijkt uit onderzoek van de Gezondheidsraad (2012) dat over jongeren van Marokkaanse afkomst meer gedragsproblemen worden gemeld dan over autochtone leeftijdgenoten, dat kinderen met een Turkse achtergrond vaker last hebben van emotionele problemen, dat bij kinderen met een Antilliaanse achtergrond beide typen problemen vaker voorkomen, en dat voor kinderen met een Surinaamse achtergrond het beeld vergelijkbaar is met dat van autochtone leeftijdgenoten (zie hoofdstuk Vedder). De eerste drie groepen worden echter minder vaak in de jeugd-GGZ aangetroffen dan verwacht op grond van het vóórkomen van psychosociale problemen bij hen; Marokkaanse en Antilliaanse jongeren worden daarentegen wel relatief vaak in de forensische zorg gezien (Boon et al., 2010). Communicatieproblemen tussen cliënten en zorgverleners ('verschillende culturen') alsmede een gebrekkige aansluiting van de zorg op de hulpvraag kunnen dit verklaren, aldus de Gezondheidsraad (2012).

6. Toekomst

Kijkend naar de toekomst is ons inziens een belangrijke omissie in het onderzoek tot hiertoe dat jeugdigen en opvoeders die gebruik maken van de diensten van jeugdhulporganisaties niet systematisch gevolgd worden in hun ontwikkeling *over langere tijd*. De intentie van hulpverlening aan kwetsbare kinderen en ouders is dat hun ontwikkeling een positieve keer neemt of – meer bescheiden geformuleerd – zij beter leren omgaan met eventuele beperkingen en hun kwaliteit van leven toeneemt. Of dit het geval is weten we niet. Longitudinaal onderzoek in de jeugdhulpverleningspraktijk vindt nauwelijks plaats. De cohortstudie die momenteel in Noord-Nederland loopt (Verhage et al., 2014) is wat dat betreft uniek in zijn soort.

Daar komt bij dat met ingang van 2015 een grote stelselwijziging heeft plaats gevonden die impact zou moeten hebben op het aanbod en de uitkomsten van de zorg voor jeugd. Er is wat ons betreft dringend behoefte aan een of meer nieuwe cohortstudies waarin de ontwikkeling van hulpvragers, mede in relatie tot de ontvangen jeugdhulp, nauwgezet wordt bestudeerd.

Het hier bepleite onderzoek op macro-niveau zou aangevuld kunnen worden met studies op meso- en micro-niveau, waarin de focus is gericht op de psychologische en pedagogische factoren en processen die verantwoordelijk zijn voor verandering van als problematisch ervaren opvoedings- en ontwikkelingssituaties. Dit draagt bij aan het openen van de 'black box' die de jeugdhulp nog voor een belangrijk deel is (Evenboer, 2015; Harder & Knorth, 2015).

7. Ten slotte

Met de Databank Effectieve Jeugdinterventies beschikt Nederland over een unieke database waarin veel informatie bijeengebracht is over de aard en werkzaamheid van interventies op het brede domein van jeugd. Al eerder kwam ter sprake dat de DEJ inmiddels uit zijn voegen dreigt te groeien, en dat een proces van 'indikken' wordt gefaciliteerd door een recent gestart ZonMw-programma. Een kritische blik op de DEJ laat zien dat slechts een kleine minderheid van de erin opgenomen interventies over het hoogste niveau van bewijskracht voor effectiviteit beschikt.³ Dat betekent dat nog veel onderzoek nodig is om het kaf van het koren te scheiden en na te gaan welke interventies voor welke doelgroepen met welke problematiek effectief zijn. De meest interessante vraag daarbij is ons inziens die naar de processen en factoren die verantwoordelijk kunnen worden gehouden voor doeltreffendheid: *Waarom* werkt een interventie; wat zijn de componenten in een aanpak of behandeling die essentieel zijn voor positieve ontwikkeling en verandering van gedrag van jeugdigen en opvoeders, en hoe worden deze gemodereerd door individuele persoonskenmerken zoals de differentiële ontvankelijkheid van cliënten voor bepaalde interventiekenmerken (vgl. Bakermans-Kranenburg & Van IJzendoorn, 2015)?

Literatuur

Abraham, C., & Michie, S. (2008). A taxonomy of behaviour change techniques used in interventions. *Health Psychology, 27*, 379-387.

Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H. (2015). The hidden efficacy of interventions: Gene x Environment experiments from a differential susceptibility perspective. *Annual Review of Psychology, 66*, 381-409.

Boon, A.E., De Haan, A.M., & De Boer, S.B.B. (2010). Verschillen in etnische achtergrond van forensische en reguliere jeugd-ggz cliënten. *Kind en Adolescent, 31*(1), 16-28.

Bot, S., De Roos, S., Sadiraj, K., Keuzenkamp, S., Van den Broek, A., & Kleijnen, E. (2013). *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik*. Den Haag: SCP.

³ In de matrix met erkende jeugdinterventies van mei 2014 staan slechts vier interventies genoemd waarvan de effectiviteit in *experimenteel onderzoek* is aangetoond: 'Incredible years', 'Taakspel', 'VIPP-SD' en 'De dappere kat' (zie: <http://www.nji.nl/nl/Databanken/Overzicht-interventies-naar-problemen-en-risicos>).

Chorpita, B.F., & Daleiden, E.L. (2009). Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: Application of the Distillation and Matching Model to 615 treatments from 322 randomized trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 566-579.

Chorpita, B.F., Daleiden, E.L., & Weisz, J.R (2005). Identifying and selecting the common elements of evidence-based interventions: A distillation and matching model. *Mental Health Services Research*, 7, 5-20.

Clarijs, R. (2013). *Tirannie in de jeugdzorg: Een onderzoek naar de mogelijkheden van beleidsveranderingen*. Amsterdam: SWP.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., De Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O.R.F., & Barnekow, V. (eds.) (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Embry, D.D., & Biglan, A. (2008). Evidence-based kernels: Fundamental units of behavioral influence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(3), 75-113.

Euser, S., Alink, L.R.A., Pannebakker, F., Vogels, T., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H. (2013). The prevalence of child maltreatment in the Netherlands across a 5-year period. *Child Abuse and Neglect*, 37(10), 841-851.

Evenboer, K.E. (2015). *A taxonomy of care for children and adolescents with behavioural and emotional problems: Development and application*. PhD Thesis. Groningen: University of Groningen.

Gezondheidsraad (2012). *Psychische gezondheid en zorggebruik van migrantenjeugd*. Den Haag: Gezondheidsraad (publicatienr.2012/14).

Harder, A.T., & Knorth, E.J. (2015). Uncovering what is inside the ‘black box’ of effective therapeutic residential youth care. In J.K. Whittaker, J.F. del Valle, & L. Holmes (eds.), *Therapeutic residential*

care with children and youth: Developing evidence-based international practice (pp. 217-228). London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.

Knorth, E.J., Knot-Dickscheit, J., & Tausendfreund, T. (2007). Zorg voor jeugdigen; ambulant en niet-ambulant. Ontmoetingen aan de voor- en achterkant of ook gaande door het pand? *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 46(3), 115-128.

Loeffen, M. (2001). IPT is booming business. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, 5(4/5), 200-209.

Loeffen, M. (2004). Inleiding. In M. Loeffen, & I. Pasveer (red.), *Babel voorbij. Krachten en kansen van Intensieve Pedagogische Thuishulp* (pp. 7-10). Amsterdam: SWP.

Matthijs, M., & Vincken, M. (1997). *De zorg voor jeugd. Jeugdzorg in vogelvlucht*. Utrecht: NIZW.

Milikowski, H. (1967). *Lof der onaangepastheid. Een studie in sociale aanpassing, niet-aanpassing, onmaatschappelijkheid*. Meppel: Boom.

RMO [Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling] (2012). *Ontzorgen en normaliseren: Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag: Auteur.

Ryan, J.P., & Schuerman, J. (2004). Matching family problems with specific family preservation services: A study of service effectiveness. *Children and Youth Services Review*, 26, 347-372.

Schulz, R., Czaja, S.J., McKay, J.R., Ory, M.G., & Belle, S.H. (2010). Intervention Taxonomy (ITAX): Describing essential features of interventions. *American Journal of Health Behavior*, 34, 811-821.

Southam-Gerow, M.A., & Prinstein, M.J. (2014). Evidence base updates. The evolution of the evaluation of psychological treatments for children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43, 1-6.

Tick, N.T., Van der Ende, J., & Verhulst, F.C. (2007). Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(6), 473-482.

Van Eijk, L.M., Verhage, V., Noordik, F.W., Reijneveld, S.A., & Knorth, E.J. (2013). *TAKECARE Provincie Groningen. Een onderzoek naar kenmerken van jeugdigen en hun ouders in relatie tot de geboden zorg*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen/Rijksuniversiteit Groningen.

Van IJzendoorn, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Juffer, F. (2005). Why less is more. From the Dodo Bird Verdict to evidence-based interventions on sensitivity and early attachments. In L.J. Berlin, et al. (eds.), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy* (pp. 297-312). New York, NY: Guilford Press.

Veerman, J.W., Janssens, J.M.A.M., & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van intensieve pedagogische thuishulp: Een meta-analyse. *Pedagogiek*, 25(3), 176-196.

Verhage, V., Noordik, F.W., Knorth, E.J., & Reijneveld, S.A. (2014). Cohort Profile: Tracing Achievements, Key processes and Efforts in professional care for Children and Adolescents REsearch; TAKECARE. *International Journal of Epidemiology*, 43, 1-9. doi:10.1093/ije/dyu237.

Zwikker, N., & Kann, D. (2013). *Gebruik psychosociale zorg voor jeugd stijgt (jaren 2008 tot en met 2011)*. Utrecht: NJi [zie: <http://www.nji.nl/nl/Factsheet-aantallen-budget-jeugd-zorg-volgens-brancherapporten-2013.pdf>].

Aanbevolen literatuur

Grietens, H., Vanderfaeillie, J., & Maes, B. (red.) (2014). *Handboek jeugdhulpverlening. Deel 1: Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen*. Leuven/Den Haag: Acco.

Prins, P.J.M., & Braet, C. (red.) (2014). *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie. Over aanleg, omgeving en verandering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Internetadressen

- Nederlands Jeugdinstituut (NJI): <http://www.nji.nl/>
- Jeugdzorg Nederland: <http://www.jeugdzorgnederland.nl/jeugdzorg-nederland/>
- Nederlands Centrum voor Jeugdgezondheid: <https://www.ncj.nl/>
- Defence for Children Nederland: <http://www.defenceforchildren.nl/>
- European Scientific Association on Residential and Family care for children and adolescents: <http://eusarf.com/>

Trefwoorden

jeugdhulp, jeugdzorg, ambulante hulp, intensieve pedagogische thuishulp, pleegzorg, residentiële jeugdzorg, opvoedingsproblemen, gedragsproblemen

Appendix

Descriptor-scores van drie interventies binnen het hoofdtype jeugdhulp X: een fictief voorbeeld

	Score I ₁	Vershil Score I ₁ -Gem _{rij}	Score I ₂	Vershil Score I ₂ -Gem _{rij}	Score I ₃	Vershil Score I ₃ -Gem _{rij}	Gem _{rij}
Descriptor-1	6	-0,33	7	+0,67	6	-0,33	6,33
Descriptor-2	5	0	5	0	5	0	5
Descriptor-3	5	-1	7	+1	6	0	6
Descriptor-4	7	+1	5	-1	6	0	6
Descriptor-5	4	-0,67	5	+0,33	5	+0,33	4,67
Descriptor-6	5	-0,67	7	+1,33	5	-0,67	5,67
Descriptor-7	6	+0,33	7	+1,33	4	-1,67	5,67
Descriptor-8	6	+0,33	6	+0,33	5	-0,67	5,67
Descriptor-9	4	-0,33	6	+1,67	3	-1,33	4,33
Descriptor-10	5	-0,67	7	+1,33	5	-0,67	5,67
Gem _{kolom}	5,3	-0,20	6,2	+0,70	5,0	-0,50	Gem _{overall} 5,50

Toelichting:

I₁=Interventie 1; I₂=Interventie 2; I₃=Interventie 3

Gem_{rij}=Gemiddelde over rijen; Gem_{kolom}=Gemiddelde over kolommen; Gem_{overall}=Overall gemiddelde

Vet: descriptor-score wijkt >0,5 af van Gem_{rij}; *Cursief:* Gem_{kolom}-score wijkt >0,5 af van Gem_{overall}