



Tom van Yperen



Met kennis oogsten

Monitoring en doorontwikkeling van een integrale zorg voor jeugd



Met kennis oogsten

Monitoring en doorontwikkeling van integrale zorg voor jeugd

Rede

verkort uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar
'Monitoring en innovatie zorg voor jeugd'
vanwege de stichting Nederlands Jeugdinstituut
op het domein van de Orthopedagogiek
aan de faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen
van de Rijksuniversiteit Groningen

op

dinsdag 4 juni 2013

door

Tom van Yperen

© 2013 Nederlands Jeugdinstituut

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Auteur

Tom van Yperen

Vormgeving

Punt Grafisch Ontwerp

Foto omslag

iStockphoto.com

ISBN

978-90-8830-165-0

Nederlands Jeugdinstituut

Catharijnesingel 47

Postbus 19221

3501 DE Utrecht

T (030) 230 63 44

E info@nji.nl

Inhoud

1	Inleiding	4
2	Het probleem nader bekeken	6
3	Algemeen kader: de kwaliteitscyclus in een nieuw stelsel	9
4	Outcome-monitoring en kennisgebruik in het primaire proces	12
5	Monitoring en kennisgebruik in organisatieontwikkeling	16
6	Monitoring en kennisgebruik in gemeentelijk jeugdbeleid	20
7	Te vermijden valkuilen	23
8	Aandacht voor universitair onderzoek en onderwijs	25
9	Samenvatting en conclusies	27
	Woord van dank	29
	Referenties	30



1 Inleiding

Mijnheer de Rector Magnificus, geachte aanwezigen,

Volgens Unicef gaat het met onze jeugd in Nederland bijzonder goed. Maar tegelijk zien we dat de zorg voor jeugd¹ in ons land zo langzamerhand uit haar voegen barst. Ongeveer een op de vijf jeugdigen maakt inmiddels gebruik van eerste- of tweedelijnsjeugdzorg; een op de veertien zit in de gespecialiseerde tweedelijnsjeugdzorg (De Roos & Bot, 2013; Van Eijk e.a., 2013). Als de groeitrend in het zorggebruik doorzet, dan stevenen we binnen tien jaar af op een aantal van een op de drie jeugdigen die met de eerste- of tweedelijns te maken heeft. Hoe is dat te voorkomen? Dat kan onder meer door kritisch naar de effectiviteit van alle voorzieningen en programma's in de praktijk te kijken en daar waar nodig verbeteringen door te voeren. Gek genoeg bestaat er geen overzicht van die effectiviteit. Daarom wordt er steeds meer gewerkt met prestatie-indicatoren waarmee de resultaten van de zorg te monitoren zijn. Ze brengen bij elke zorggebruiker in beeld of deze tevreden is over de geboden dienst of hulp, of de zorg doeltreffend is, en of problemen zijn afgenomen.

Het enthousiasme over het werken met dergelijke indicatoren is niet onverdeeld. Het zou onwetenschappelijk zijn, bureaucrativering in de hand werken en tot hogere kosten en administratiedruk leiden (Stams, 2011; Van Os e.a., 2012). Het kan tot 'datakerkhoven' leiden met allerlei gegevens waar niets mee gebeurt (Groenewoud & Huijsman, 2003). Ook zou het een rem zetten op innovatie. Niet elke vernieuwingspoging slaagt immers; als dat gaat doortikken in de prestatiecijfers, wordt innoveren niet erg aantrekkelijk (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2004). Het kan tot de perverse situatie leiden dat een aanbieder van zorg of dienstverlening alleen nog maar goede prestatiecijfers gaat nastreven, in plaats van goede kwaliteit of vernieuwing (De Bruijn, 2001).

¹ Onder 'zorg voor jeugd' vallen jeugdgezondheidszorg, opvoedingsondersteuning, licht ambulante hulp, jeugd-ggz, zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke beperking, jeugd en opvoedhulp (i.e. provinciale jeugdzorg)

Over de beperking van de innovatieruimte maak ik me weinig zorgen. De sector innoveert zich sinds jaar en dag helemaal suf. Keer op keer worden er nieuwe aanpakken ontwikkeld. Het probleem is eerder dat er relatief weinig onderzoek plaatsvindt naar de vraag of er echt sprake is van een verbetering. Succesvolle werkwijzen vinden weinig verspreiding. Kortom, er is innovatie genoeg, maar de sector als geheel maakt te weinig vooruitgang.

Niettemin bestaat de kans dat het aantal vernieuwingsinitiatieven exponentieel toeneemt. De zorg voor jeugd zal de komende jaren overgaan van zorgverzekeraars, een paar ministeries en vijftien provincies en grote steden naar meer dan vierhonderd gemeenten. We zien nu al dat deze transitie leidt tot velerlei experimenten met verschillende soorten wijkteams, initiatieven om de eigen kracht van opvoeders en sociale netwerken te versterken en het 'bottom-up' ontwikkelen van nieuwe aanpakken voor multiprobleemgezinnen. De bestaande jeugdzorginstellingen – waar veel ervaring aanwezig is – worden te weinig bij deze beweging betrokken (Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd, 2013). De kans is reëel dat de transitie – ondanks alle initiatieven – daarmee te weinig vooruitgang zal bieden.

Ik pleit voor een vernieuwing die meer oplevert. In dat licht zal ik bespreken hoe prestatie-indicatoren een belangrijke functie kunnen vervullen in de kwaliteitsverbetering van de zorg en hoe dat een benutting van bestaande kennis en ervaring kan ontlokken. Ik werp tot slot een blik op wat ik via mijn Groningse leerstoel aan deze ontwikkeling wil bijdragen.



2 Het probleem nader bekeken

Onvoldoende zicht op effectiviteit

Een prestatie-indicator is te zien als een meetlat voor de mate waarin een prestatie wordt geleverd, een doel wordt gehaald of een succesfactor op orde is. In de zorg voor jeugd zijn prestatie-indicatoren ingevoerd die informatie moeten geven over onder meer de mate waarin cliënten hulpverleningstrajecten al dan niet afmaken ('uitval'), hun tevredenheid over de hulp, realisatie van hun doelen en de mate waarin hun problemen zijn afgenomen. In de ggz heet dit ook wel Routine Outcome Monitoring (ROM). Een blik op de brancherapportages met ROM-gegevens laat interessante feiten zien:

- ❖ Wat betreft uitval rapporteert GGZ Nederland (2010, 2013) dat in haar jeugdpopulatie een op de acht tot een op de tien cliënten de hulp voortijdig afbreekt. Jeugdzorg Nederland geeft geen uitvalcijfers voor jeugd- en opvoedhulp. Een analyse op bestanden van een aantal zorgaanbieders (Geurts e.a., 2010) laat een uitvalpercentage van 11 procent zien, maar onduidelijk is of dit beeld representatief is voor de hele branche.
- ❖ De tevredenheid van gebruikers (jeugdigen, opvoeders) is over het algemeen voldoende, een dikke 7 (GGZ Nederland, 2010; Jeugdzorg Nederland, 2013). Achter dit cijfer gaan echter sterk uiteenlopende beoordelingen schuil, variërend over werksoorten en instellingen.

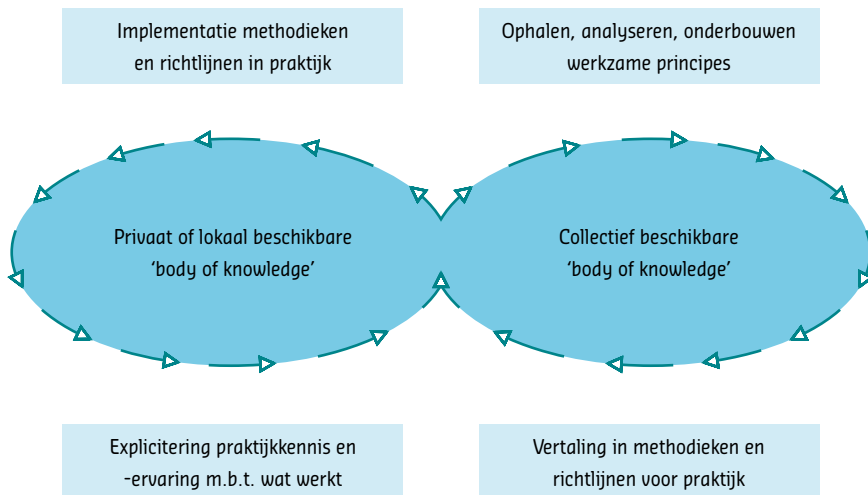
Geen van de branches rapporteert cijfers over de mate waarin bij beëindiging van de hulp problemen van cliënten zijn afgenomen of hun functioneren is verbeterd. Dit ondanks landelijke afspraken over het verzamelen van dit soort gegevens. Dit is een belangrijke lacune. Voor de hand ligt dat cliënten en professionals afname van problemen een belangrijke kwaliteitsindicator vinden (zie bijvoorbeeld Bes e.a., 2012; Janssen e.a., 2013; Leeftang, 2011). In de dagelijkse praktijk is de effectiviteit van behandelvormen doorgaans veel minder dan in wetenschappelijk onderzoek is aangetoond (Veerman & Van Yperen, 2008). Voor een deel van de gezinnen die zorg ontvangen is aan het einde van de hulp helemaal geen sprake van verbetering; schattingen lopen uiteen van 10 tot meer dan 50 procent (zie o.a. Geurts e.a., 2010; Warren e.a., 2010). Voor de goede orde, dit wil niet zeggen dat de sector niet deugt. Niet alle problemen zijn namelijk oplosbaar. Daarbij komt dat de resultaten afhankelijk zijn van voorhanden zijnde kennis omtrent de aanpak van problemen. Hoewel die kennis de laatste jaren enorm is toegenomen, is die nog lang niet genoeg om op alle problemen een afdoend antwoord te bieden. Van een jonge fruitboom valt nog niet zoveel te plukken, wil ik maar zeggen. Maar dat betekent niet dat we met die situatie genoeg moeten nemen.

De sector kan beter

Een probleem dat we allemaal kennen, is de enorme versnippering van de zorg voor jeugd over financiers, deelsectoren, instellingen en functionarissen. Hulpvragers zijn geregeld op meerdere instellingen en functionarissen aangewezen, terwijl de samenwerking te wensen overlaat. Dat staat doeltreffende hulp in de weg. Daarnaast maakt de praktijk onvoldoende gebruik van beschikbare kennis. *We doen niet wat we weten*, zeg ik vaak. Niet voor niks investeren beroepsverenigingen momenteel enorm in de formulering van evidence-based richtlijnen. Die geven aan wat professionals het beste kunnen doen bij bepaalde vragen en problemen, gegeven de stand van kennis en ervaring (Van Yperen & Dronkers, 2010). De beroepsverenigingen zouden nooit al deze moeite nemen als het met dat kennisgebruik in de praktijk wel snor zit.

Een ander probleem is dat veel innovaties opgesloten blijven in de lokale praktijk. Idealiter is er een productieve wisselwerking tussen lokale praktijken en collectief beschikbare kennis (zie figuur 1 en ook Hutschemaekers, 2010).

Figuur 1. Verbetering sector met de kennislemniscaat



'Bottom-up'-ontwikkelde hulpvormen die succesvol blijken, verdienen verdere explicitering met betrekking tot wat ze succesvol maakt, ze zijn landelijk te verzamelen als voorbeelden van goede praktijk. Vervolgens zijn ze te analyseren op de werkzame principes en verder te onderbouwen met theorie en empirisch onderzoek. Daarmee wordt kennis over wat werkt toegevoegd aan

het collectief beschikbare bestand. Door kennis te vertalen in ‘support tools’ als methoden en richtlijnen, is die kennis vervolgens weer te implementeren in de praktijk, waar ze weer verder mee te nemen is in de doorontwikkeling van die praktijk, et cetera. Bij het Nederlands Jeugdinstituut spreken we van een kennislemniscaat die in de sector goed zou moeten draaien. De werking van die kennislemniscaat hapert. Doordat er weinig inzicht is in de effectiviteit van de praktijk, vallen goede initiatieven onvoldoende op. Dat maakt het moeilijk om voorbeeldpraktijken naar boven te halen. Bovendien treffen we in het veld geregeld de opvatting aan dat vernieuwing vooral ‘bottom-up’ moet gebeuren. Als dat leidt tot onderbenutting van collectief beschikbare kennis, remt dat de vooruitgang. Men kijkt dan immers te weinig buiten de eigen proeftuin.

Maatregelen

Verschillende maatregelen moeten de geconstateerde problemen in de sector aanpakken. De eerste is dat alle zorg voor jeugd in 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten komt. Dat moet de versnippering over de verschillende werkvelden verkleinen. Een tweede maatregel is erop gericht de ontwikkeling en het gebruik van collectieve kennis te versterken. Het gaat hier om een heel scala aan activiteiten die al jaren geleden zijn ingezet: landelijke documentatie van kennis in databanken, stimulering van wetenschappelijk onderzoek, ontwikkeling van richtlijnen, het oprichten van netwerken voor onderzoek en implementatie, et cetera. Een derde maatregel is de verdere invoering van prestatie-indicatoren die de resultaten van de hulp- en dienstverlening transparant maken. Het werken met deze indicatoren moet duidelijk maken waar sterke en zwakke punten in het werkveld liggen. Ook biedt het de mogelijkheid om gerichte verbeteracties in te zetten, en helder te maken of er sprake is van een stijgende lijn in de resultaten. Momenteel hanteren de jeugd-ggz, de jeugd- en opvoedhulp en in de toekomst ook de centra voor jeugd en gezin (CJG) resultaatindicatoren (voor een overzicht zie www.nji.nl/prestatieindicatoren). Het kabinet heeft in het regeerakkoord opgenomen dat de jeugdzorg prestaties transparant zal moeten maken (Bruggen slaan, 2012).

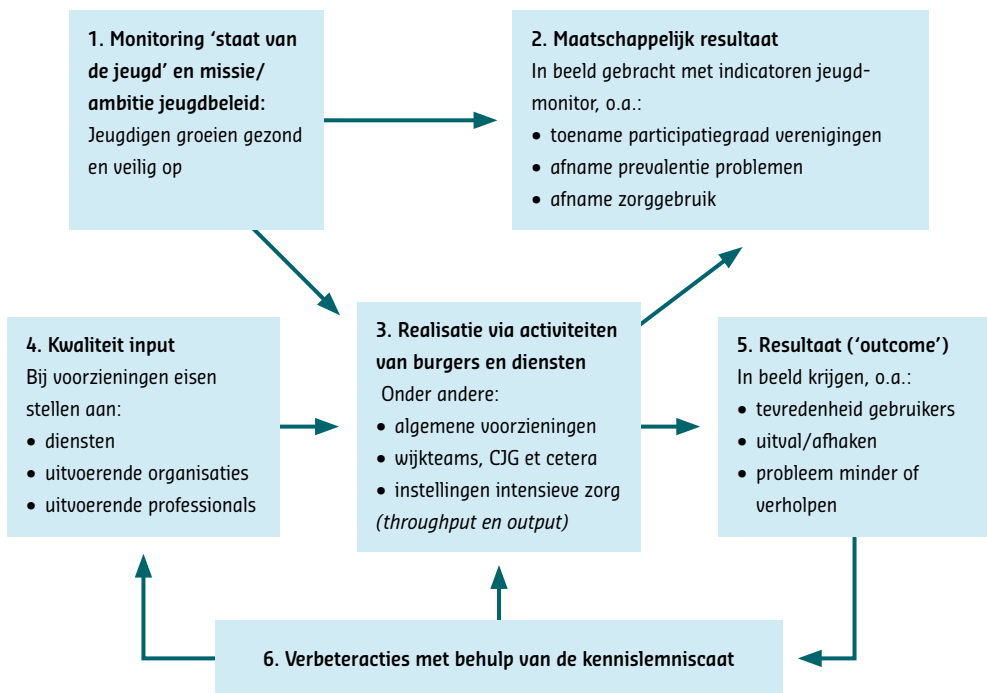
In het kader van mijn leerstoel zal ik mij vooral gaan bezighouden met de vraag hoe monitoring zodanig is vorm te geven, dat dit bijdraagt tot meer zicht op de effectiviteit van de zorg voor jeugd én op een activerende manier bijdraagt aan een verdere vernieuwing van de sector. Gebruik van kennis en praktijkervaring bij die vernieuwing zijn belangrijke aandachtspunten. Ik zal de beantwoording van dat vraagstuk oppakken in de context van de enorme stelselverandering die de sector doormaakt.



3 Algemeen kader: de kwaliteitscyclus in een nieuw stelsel

Bij het Nederlands Jeugdinstituut ontwikkelden we een werkmodel dat gemeenten helpt om bij de stelselwijziging een effectiviteitslag te maken. Dit model – zie figuur 2 – geeft onder meer aan wat de functie is van monitoring, niet alleen in de zorg voor jeugd maar ook in het jeugdbeleid in het algemeen. Ik licht het hier kort toe (zie ook Van Yperen e.a., 2013).

Figuur 2. Zicht op kwaliteit jeugdbeleid en inzet voorzieningen²



² De voorzieningen kennen naast de getoonde eisen en indicatoren nog een groot aantal andere kwaliteitskaders en kwaliteitssystemen. Die zijn hier buiten beschouwing gelaten.

1. Het jeugdbeleid van de gemeente moet gebaseerd zijn op een beeld over ‘de staat van de jeugd’: hoe gaat het met de kinderen en jongeren? Hoeveel nemen er deel aan onderwijs, werk en sport? Hoeveel hebben er gedrags- en emotionele problemen? Wat zijn hulpvragen van opvoeders? Hoe groot is het zorggebruik? Algemene jeugdmonitors zoals van het CBS, SCP, provincies, GGD’en, en specifieke monitors gericht op bijvoorbeeld kindermishandeling, schoolverzuim en delinquentie bieden daar informatie over. De gemeente kan met maatschappelijke partners (burgers, betrokken instanties et cetera) op basis van het beeld dat uit de gegevens rijst ambities of doelen formuleren: hier gaan we gezamenlijk voor. Dat geeft richting aan het integrale jeugdbeleid van de gemeente.
2. De ambities moeten zich vertalen in maatschappelijke resultaten, bijvoorbeeld: het aantal jeugdigen dat aan sport deelneemt is met 15 procent gestegen, het aantal jeugdigen met problemen is met 5 procent gedaald, het gebruik van gespecialiseerde (en dure) zorg is met 10 procent gedaald. De resultaten zijn bij te houden met de jeugdmonitors of met gericht, periodiek of steekproefsgewijs onderzoek.
3. Om de ambities waar te maken, spelen de burgers en de jeugdvoorzieningen een belangrijke rol. Zij dragen via hun inzet bij aan de realisatie. Dat gebeurt voor een deel via de (pedagogische) ‘civil society’: burgerinitiatieven die bijdragen tot het gezond en veilig opgroeien en opvoeden van jeugdigen (De Winter, 2011). Aanvullend betreft de gemeente voorzieningen bij de realisatie van het jeugdbeleid: algemene jeugdvoorzieningen (zoals scholen, kinderopvang, sportverenigingen, het algemene jeugdwerk et cetera), het CJG, de wijkteams en de huisartsen, voorzieningen voor speciale zorg voor jeugdigen (tweede- en derdelijn), et cetera.
4. Om de kans te vergroten dat de voorzieningen bijdragen aan de realisatie van de doelen, is bijvoorbeeld te verplichten dat werkers en hun diensten aan de nodige kwaliteitseisen voldoen (opleiding, registraties bij beroepsvereniging, erkenning van landelijke kwaliteitsinstituten, transparantie ten aanzien van de kosten – eisen aan de *input*-kant).
5. Om te weten of de ingeschakelde voorzieningen ook goede resultaten boeken, volstaat het niet om uitsluitend naar de uiteindelijke maatschappelijke resultaten te kijken. De relatie tussen die resultaten en de diensten van elke voorziening zijn daarvoor te diffuus. Daarom kijkt men ook meer direct naar het bereik van de voorzieningen en de *outcome* in termen van tevredenheid van gebruikers, uitval, doelrealisatie, toename van vaardigheden en/of vermindering van problematiek.

6. Met het laten zien van resultaten is men er nog niet. Bij tegenvallende uitkomsten ligt het voor de hand om verbeteracties te plannen en uit te voeren. Ook bij goede resultaten zijn dit soort verbeteracties af te spreken, onder het motto dat de sector baat heeft bij verdere vernieuwing. Idealiter zorgt men daarbij dat de kennislemniscaat goed in beweging komt, zodat 'bottom-up'-ontwikkelingen en bestaande kennis en ervaring goed worden meegenomen.

Jeugdmonitors zijn nodig om een beeld te geven van de kwesties die vragen om doelgericht en coördinerend jeugdbeleid. Indicatoren over de kwaliteit van voorzieningen helpen het gesprek aan te gaan over de vraag of de kwaliteit voldoende is om de maatschappelijke resultaten te bereiken en – zo niet – welke verbetering nodig is.

De kernvraag die zich nu voordoet is: helpt outcome-monitoring inderdaad om tot verbetering te komen? Om die vraag te beantwoorden, richt ik in eerste instantie de focus op de literatuur over monitoring van resultaten van het zogeheten primaire proces van de hulp- en dienstverlening. Dat primaire proces omvat de contacten tussen jeugdige, opvoeder en hulp- of dienstverlener naar aanleiding van een vraag of een probleem. Die contacten zijn bedoeld de vraag te beantwoorden of het probleem te verhelpen, draaglijk te maken of te compenseren. Het heeft drie voordelen om bij de resultaten van dat proces te beginnen. Ten eerste vormen het primaire proces en het resultaat daarvan de kern waar de kwaliteit van het hele stelsel van hulp- en dienstverlenende organisaties om draait. Ten tweede blijkt er naar de effecten en de werkzame factoren van monitoring in dit proces redelijk wat onderzoek te zijn gedaan. Ten derde doet zich de interessante vraag voor of de principes van de monitoring in het primaire proces ook van toepassing zijn op organisaties en gemeenten.



4 Outcome-monitoring en kennisgebruik in het primaire proces

Waarom monitoring?

Volgens Holloway (2002) is er eigenlijk niks nieuws aan monitoring van resultaten. De auteur wijst op een ziekenhuis dat al meer dan een eeuw resultaten op een simpele vierpuntsschaal vastlegt: ‘discharged relieved’, ‘discharged improved’, ‘continuing stay’ and ‘dead’. In de literatuur worden er allerlei redenen genoemd om aan resultaatmonitoring te doen. Een kleine bloemlezing:

- ❖ Iedere zichzelf respecterende hulpverlener evalueert zijn handelen via effectmonitoring (Braet & Bögels, 2008a). Professionals horen te werken als een ‘scientist-practitioner’: ze reflecteren op basis van monitorgegevens op hun resultaten, en zetten wetenschappelijke kennis en praktijkervaring in om die resultaten te verbeteren (Delicat, 2011; Hutschemaekers, 2010).
- ❖ Monitoring helpt behandelaars er bewuster van te worden dat de hulp geregeld niet goed uitpakt. Volgens Lambert en Shimokawa (2011) wordt een gebrek aan vooruitgang vaak onvoldoende door de behandelaar opgemerkt. Monitoring zorgt ervoor dat dit wel gebeurt.
- ❖ Monitoring helpt slechte hulpverleners en schadelijke praktijken te signaleren (Brown & Jones, 2005; Okiishi e.a., 2006; Tennenbaum, 2003).
- ❖ Ook helpt het om inzicht te krijgen in het effect van evidence-based behandelingen in de reguliere praktijk (Noom e.a., 2012), en richt het de aandacht op de vraag of de interventies wel goed worden uitgevoerd (Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, 2011).

Monitoring werkt

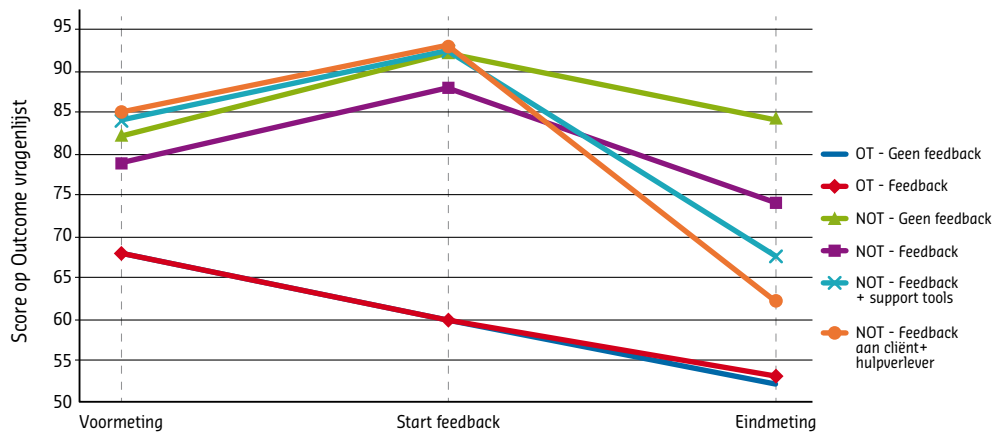
De literatuur laat zien dat monitoring een positief effect kan hebben op de uitkomsten van de hulpverlening. Carlier e.a. (2012) vonden dat 65 procent van de studies naar de effecten van monitoring een positief effect laat zien. Dat effect lijkt samen te hangen met een aantal zaken.

- ❖ Het effect lijkt groter als de monitoring niet alleen aan het einde, maar ook gedurende de hulp plaatsvindt (Knaup e.a., 2009). Een systeem dat bij elke sessie in feedback voorziet, kan in sommige gevallen zelfs een verdubbeling van het effect geven (Miller e.a., 2005; Reese e.a., 2009).
- ❖ Monitoring werkt vooral bij cliënten waarbij de hulp niet goed lijkt uit te pakken – de zogeheten Not On Track (NOT)-cliënten – en er sprake is van feedback aan zowel de hulpverlener als de cliënt. Bij cliënten bij wie de hulp al meteen verbetering geeft – de On Track (OT)-cliënten – is het effect marginaal (Hawkins e.a., 2004; Lambert e.a., 2005; De Jong, 2012a).
- ❖ De effecten worden beter als monitoring gepaard gaat met instructies die beschikbaar zijn voor de hulpverlener voor het geval hij bij moet sturen om een negatieve uitkomst te voorkomen, de

zogenoemde ‘clinical support tools’ (Shimokawa e.a., 2010). Deze tools zijn gebaseerd op kennis over en ervaring met wat werkt. De hulpverlener krijgt de tools aangereikt zodra blijkt dat de resultaten van de therapie in de gevarenszone terechtkomen. Zo leidt monitoring niet alleen tot bewustwording van het resultaat van de hulp, maar ook tot verbeteractie.

Figuur 3, samengesteld uit twee overzichtstudies van de onderzoeker Lambert en zijn collega’s (Whipple e.a., 2003; Lambert e.a., 2005), is exemplarisch voor wat de resultaten uit de studies laten zien. De verticale as laat de score op een vragenlijst zien die de resultaten van de hulp meet (de zogeheten Outcome Questionnaire / OQ). Hoe lager de score, hoe beter het behandelresultaat. De horizontale as toont de score op de vragenlijst voorafgaand aan de behandeling, bij de start van de feedback uit de monitor en bij de beëindiging van het traject.

Figuur 3. Effect van feedback



OT = On Track; NOT = Not On Track. De figuur bevat een combinatie van gegevens uit Whipple e.a. (2003; OT-groep) en Lambert e.a. (2005; NOT-groep). De twee studies betreffen niet dezelfde onderzoeksgroep. De hoogte van beginscores van de OT-groep zijn daarom niet vergelijkbaar met die van de NOT-groep.

Bij cliënten die meteen vooruitgang laten zien (‘On Track’ / OT), heeft feedback uit de monitor geen toegevoegde waarde. Bij cliënten waarbij het verloop niet goed is (‘Not On Track’ / NOT) blijken de uitkomsten gemiddeld net zo slecht als bij de start wanneer er geen feedback is. Als er in die situatie wel feedback over het verloop komt, is de uitkomst al beter. Dat is helemaal het geval, als de feedback gepaard gaat met ‘clinical support tools’. De effecten zijn het grootst wanneer zowel de cliënt als de hulpverlener feedback krijgt. De moraal van dit plaatje is duidelijk: monitoring

heeft nut als dat tot feedback leidt over een eventueel verkeerd verloop van de hulp – zeker als die feedback gericht is aan zowel de hulpverlener als de cliënt – en de hulpverlener tips krijgt voor verbeteracties.

Monitoring: waarom werkt het?

Een belangrijke vraag is: waarom werkt monitoring? Als we daar meer over weten, is te bezien of dit wellicht ook voor de verbetering van organisaties en gemeentelijk jeugdbeleid geldt. Helaas is de wetenschap op dit terrein nogal theorie-arm (Anker e.a., 2009; Carlier e.a., 2012). Lambert en Shimokawa e.a. (2011) constateren dan ook droog dat de ratio achter effectieve monitoring vooral common sense is. In de hulpverleningsrelatie leidt de informatie volgens hen tot communicatie tussen cliënt en hulpverlener over hun samenwerking: wat gaat er goed en wat niet, waar lijkt dat aan te liggen en wat zou er aan de samenwerking moeten veranderen om betere resultaten te krijgen? De literatuur geeft ideeën om verder over de werking van monitoring te filosoferen (bijvoorbeeld Carlier e.a., 2012; Kluger & DeNisi, 1996; Lambert & Shimokawa, 2011; Sapyta e.a., 2005).

- ❖ Professionals en cliënten hebben baat bij feedback als ze gemotiveerd zijn door een gemeenschappelijk overeengekomen doel. De feedback helpt duidelijk te maken hoe ver men afstaat van het doel, en of zij hun functioneren moeten verbeteren. Dat werkt stimulerend. Belangrijk is daarbij dat het doel haalbaar moet zijn; onrealistische doelen werken demotiverend.
- ❖ De feedback heeft meer effect als de bron geloofwaardig is. Ook helpt het als de feedback concreet, simpel, direct en frequent is, zodat deze gemakkelijk terug te voeren is op recent gedrag van de hulpverlener en de cliënt.
- ❖ Als de feedback ongunstig is, levert dat cognitieve dissonantie op. De neiging bij mensen bestaat dan om bijvoorbeeld het belang van het doel te verkleinen (bijvoorbeeld: ‘we mogen al blij zijn als de situatie niet verslechtert’) of om de moeizame verandering te wijten aan weerstanden (‘de jeugdige en zijn ouders zijn niet gemotiveerd’) of aan externe omstandigheden (‘ik heb een te hoge caseload’ of ‘ik verzuip in de bureaucratie’). Daarom helpt het als de betrokkenen hetzelfde doel nastreven en de feedback gericht is op deze betrokkenen. Men kan dan moeilijker om het doel en de feedback heen, en richt de aandacht sneller op verbeteruggesties.

Kanttekeningen en conclusie

Het nut van monitoring lijkt duidelijk. Maar enkele kanttekeningen zijn op hun plaats. De meeste studies over feedback in de zorg zijn uitgevoerd met volwassenen. In de zorg voor jeugd is de materie complexer, omdat de feedback van meerdere partijen kan komen (jeugdigen, ouders, leerkrachten). Weisz e.a. (2011) laten zien dat dit het nut van monitoring voor het primaire proces niet in de weg hoeft te staan. Maar uitbreiding van het aantal studies om de werking van monitoring binnen de zorg voor jeugd verder te doorgronden lijkt zinvol. Daar komt bij dat het in onderzoek vaak om lichte klachten en kortdurende behandeltrajecten gaat. De in de studies gebruikte ‘support tools’ versterken vooral de algemeen werkzame factoren (zoals een goede relatie tussen cliënt en hulpverlener en aansluiting bij de motivatie van de cliënt; Whipple e.a., 2003). Dat kan bij lichte problemen voldoende effectwinst geven. Bij zwaardere problemen is meer nodig. Onderzoek geeft aanwijzingen dat hoe ernstiger het probleem is, hoe belangrijker specifieke kennis voor een effectieve aanpak is (Stevens e.a., 2000). Bij de aanpak van bijvoorbeeld forse gedragsproblemen weten we dat een harde, straffende benadering niet werkt. Het komt er hier – afhankelijk van de leeftijd van het kind – op aan dat de opvoeders zich specifieke vaardigheden eigen maken. De specifieke kennis levert hier belangrijke ‘support tools’. Met name in de cognitieve (gedrags)therapie treffen we goede voorbeelden aan van hoe monitoring en toepassing van specifieke kennis tot een effectieve aanpak van ernstige problemen leiden (zie bijvoorbeeld Braet & Bögels, 2008b; Slot & Spanjaard, 2009).

Het aantal studies dat laat zien dat in al dit soort situaties specifiek *de monitoring* een werkzame factor is, blijkt nog relatief klein. Voorts blijken de grootste effecten te zijn gevonden bij gebruik van meer complexe feedbacksystemen waarbij op basis van een statistisch model het behandelverloop wordt voorspeld en feedback gedurende de hulp volgt. In de praktijk zijn de meeste systemen veel simpeler van aard: ze meten vooral de resultaten aan het einde van de hulp. De Jong (2012b) geeft aan dat er in dat geval alleen een effect lijkt te zijn als hulpverleners het materiaal gebruiken om er lering uit te trekken voor de aanpak bij toekomstige cliënten. Men benut de indicatoren bijvoorbeeld in een eindgesprek met de jeugdige en de opvoeder en in supervisiegesprekken, om te reflecteren op de resultaten en verbetermogelijkheden in de werkwijze bij volgende cliënten.

Met de kanttekeningen in het achterhoofd lijkt het niettemin aannemelijk dat monitoring in het primaire proces tot verbetering van de hulp leidt. Het is een middel om te detecteren welke hulpverleningstrajecten onvoldoende resultaat opleveren. Doelen die gezamenlijk gesteld en in principe haalbaar zijn, vormen daarbij een belangrijke toetssteen. Er ontstaat communicatie over de vraag wat nodig is om de doelen alsnog te bereiken. Bij de beantwoording is praktijkervaring en kennis over wat werkt te betrekken. De kennislemniscaat kan hier zijn werking in het klein doen.



5 Monitoring en kennisgebruik in organisatieontwikkeling

De C van monitoring

De Jong (2012b) stelt dat wat op individueel niveau voor monitoring geldt, ook te vertalen is naar geaggregeerd niveau (teams, organisatie). In de literatuur over management en programma-evaluatie is het werken met monitors en prestatie-indicatoren een bekend fenomeen (zie bijvoorbeeld Ahaus & Diepman, 2005; Van Loon e.a., 2013). Wijdverbreid is het idee dat het meten onderdeel uitmaakt van een zogeheten PDCA (Plan-Do-Check-Act)-cyclus: stel een doel, en plan daarvoor de nodige acties (Plan), voer het plan uit (Do), meet of de verbetering of verandering daadwerkelijk plaatsvindt (Check) en stel het plan waar nodig bij (Act). Monitoring vormt de Check in dit proces (Nugter & Buwalda, 2012).

In de zorgsector is deze cyclus vooral bekend van de zogeheten ‘Doorbraakmethode’ (Institute for Healthcare Improvement, 2003; Van Deur & Oudenhoven, 2008; www.doorbraakindejeugdzorg.nl).³ Deze aanpak is gericht op het gebruik van beschikbare kennis en ervaring om niet goed functionerende praktijken te verbeteren, zoals bij te lange wachttijden of onbevredigende resultaten. Teams van uitvoerend werkers, managers en hun opdrachtgevers wordt gevraagd een collectieve, in principe haalbare ambitie te formuleren: voor welke verbetering willen ze gaan? Vervolgens proberen ze de verbetering te realiseren. Dat begint met het voorstellen van verbeteracties. Experts van buiten brengen specifieke kennis in, bijvoorbeeld over slimme logistieke processen en effectieve behandelmethoden. Dit alles leidt tot een verbeterpakket – een soort ‘clinical support tools’, maar dan voor een heel team of een organisatie – om input aan het verbeterproces te geven. Men gebruikt prestatie-indicatoren om de vorderingen te monitoren: lukt het om onze ambities te realiseren?

Zorg voor jeugd spectaculair verbeteren

Projectrapportages laten zien dat de Doorbraakmethode kan werken. Bijvoorbeeld:

- ❖ **Kortere doorlooptijd in AMK's en bureaus jeugdzorg.** In de Advies- en Meldpunten Kinder-mishandeling (AMK) en de bureaus jeugdzorg duurden advies- en indicatietrajecten vaak lang. Bijvoorbeeld, in het AMK Twente was de doorlooptijd rond de 150 dagen, maar soms oplopend tot wel vierhonderd. Professionals, managers en deskundigen zetten gezamenlijke

³ In de zorg voor jeugd bestaan ook vernieuwingsinitiatieven onder de naam ‘Doorbreken met kwaliteit’ en ‘Doorbraakgroep Jeugdzorg’. Dit zijn andere trajecten dan de Doorbraakmethode (‘Breakthrough Series’).

verbeteracties in. De indicator ‘snelheid in doorlooptijd’ gold als meetlat om de vorderingen te monitoren. De doorlooptijd is in een jaar tijd met zeker de helft verkort (Van Bussel, 2007; Diephuis, 2007).

- ❖ **Kortere behandelduur in de jeugd-ggz.** In de jeugd-ggz zijn teams aan de slag gegaan om de benodigde tijd voor diagnostisch onderzoek te verlagen en de behandelduur te beperken. Verkortingen van doorlooptijden van meer dan 25 procent, met uitschieters van boven de 50 procent, zijn hier heel gebruikelijk (Diephuis e.a., 2009, 2011).
- ❖ **Meer contacttijd in de jeugd- en opvoedhulp.** Instellingen in de provinciale jeugdzorg wilden met de Doorbraakmethode meer contacttijd realiseren voor hun cliënten. Ze gebruikten ‘contacttijd’ als indicator en zochten manieren om op die indicator zo hoog mogelijk te scoren door minder te vergaderen, samen met cliënten korte rapportages te maken, reistijd te verkorten en cetera. Dat leverde al gauw een toename van de contacttijd op van meer dan 20 procent, met uitschieters van meer dan 60 procent (Diephuis e.a., 2012; www.tijdvoorjeugd.info).

In de zorg voor jeugd zijn dit soort doorbraken vooral bereikt bij de verbetering van logistieke processen in de hulpverlening. De aanpak is weinig toegepast bij de verbetering van de uitkomsten. Dat is zonde, want ook op dit terrein zijn grote verbeteringen te bereiken. Zo laat Leijssen (2008) zien dat invoering van een specifieke methodiek voor multiprobleemgezinnen aanvankelijk niet tot bevredigende resultaten leidde. In een door haar beschreven aanpak werden de resultaten van de hulp bij elk geholpen gezin vastgelegd. De resultaten over alle behandelde gezinnen werden periodiek op teamniveau besproken. Iedere keer zochten het team en het management naar verbetermogelijkheden. Dat leidde in de loop der tijd tot een verdubbeling van de effectiviteit. Steeds vaker rapporteerden de ouders een aanzienlijke vermindering van de opvoedstress en de probleemgedragingen van hun kind. Tegelijkertijd nam de gemiddelde behandelduur af met drie maanden. Tel uit je winst.

Overigens zijn uit de vele Doorbraakprojecten die in de zorgsector zijn uitgevoerd inmiddels belangrijke lessen te leren. Zo zijn er aanwijzingen dat resultaten erg tegen kunnen vallen als de betrokkenen (opdrachtgevers, management, hulpverleners) geen collectieve ambitie hebben geformuleerd, de doelen te ambitieus zijn, de projecten te kort duren of teams het meten niet goed van de grond krijgen (Van Splunteren e.a., 2011). Daarnaast bestaat er een groot risico dat de verbeteringen – hoe spectaculair ook – zich na een Doorbraakproject slecht in de sector verspreiden (Schouten e.a., 2004; Van der Zijden & Pijnenburg, 2009). Ook hier zien we dat de kennislemniscaat niet goed werkt. Successen blijven lokaal.

Een kwestie van doorontwikkelen

Het routinematig monitoren is een belangrijk ingrediënt van de Doorbraakmethode. Het biedt een ‘thermometer’ om te zien of een praktijk goed functioneert en of een verbetertraject op koers ligt. Net als in het primaire proces ontlokken de monitorgegevens communicatie, in dit geval over de werkwijze van de hulpverleners en de organisatie. Men gaat op zoek naar verbeteringen, gedreven door een expliciet overeengekomen ambitie die men denkt te kunnen realiseren. Om die ambitie te bereiken, is het voor de hulpverleners, managers en andere betrokkenen interessant om te kijken welke kennis en bewezen effectieve praktijken behulpzaam zijn. De kennis en praktijkervaring hebben in dit geval niet alleen betrekking op de inhoudelijke hulpverleningsmethodiek, maar ook op wat werkt in teams en organisaties die de hulp verlenen, zoals het slim organiseren van werkprocessen, het goed samenwerken van teams en een goede werkbegeleiding van de hulpverleners (zie ook Stals, 2012).

Het gebruik van monitors om het resultaat van de zorg voor jeugd te helpen verbeteren, komt – zoals gezegd – nog niet veel voor. Daar waar dat wel het geval is, gaat het vaak om een monitor die speciaal is gemaakt voor de implementatie van een bepaalde interventie, zoals Multi Systeem Therapie of Assertive Community Treatment. Op zich is dat uitstekend, want het bevordert dat teams alert zijn op het behalen van zo goed mogelijke resultaten (zie bijvoorbeeld Bosma, 2011). Probleem is wel dat elke interventie daarbij zo ongeveer haar eigen monitor heeft. Dat is op de lange termijn niet houdbaar; een organisatie die integrale zorg wil bieden en daarom verschillende interventies in haar assortiment wil opnemen, zit dan aan verschillende monitors vast. Het ligt meer voor de hand om als basis te werken met een eenvoudige, en waar mogelijk landelijk gestandaardiseerde monitor. Dat biedt gelegenheid om de resultaten van verschillende interventies, afdelingen en instellingen te vergelijken (zogenoeten ‘benchmarking’). Indien goed uitgevoerd, genereert dat bovendien gegevens voor grootschalig effectiviteitsonderzoek (Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie, 2011).

Een dergelijke ontwikkeling komt op gang. Eerder wees ik er al op dat de sector prestatie-indicatoren invoert om bij elk zorggebruik de resultaten in beeld te brengen. Er zijn in de loop der jaren netwerken ontstaan waarin geëxperimenteerd wordt met het gebruik van standaardmonitors (zie Van Yperen & Veerman, 2008; www.sejn.nl; www.romckap.org; Van Hees e.a., 2012; Vermaes e.a., 2012). Kenmerk van veel van die experimenten is dat het niet alleen gaat om het meten, maar ook en vooral om het verbeteren van de hulp. De combinatie van Routine Outcome Monitoring (ROM) en de kennislemniscaat moet een collectieve meet- en verbeterbeweging in gang zetten (Veerman e.a., 2013). Nu komt het aan op doorontwikkeling. De lessen uit eerdere Doorbraakprojecten komen daarbij goed van pas.

Conclusie

Samengevat, monitoring van resultaten op het niveau van organisaties lijkt nuttig. De principes van monitoring in het primaire proces lijken ook hier van toepassing. Het biedt de mogelijkheid om de zwakke (Not On Track) en succesvolle plekken in de praktijk te detecteren. Bij tegenvallende resultaten helpen gezamenlijk geformuleerde ambities om verbeteracties te entameren. Voor die acties is het interessant om te leren van succespraktijken en van beschikbare collectieve kennis. De kennis en ervaring heeft in dit geval niet alleen betrekking op het primaire proces, maar ook op wat werkt in teams en organisaties die zorg voor jeugd bieden.



6 Monitoring en kennisgebruik in gemeentelijk jeugdbeleid

De kennislemniscaat in gemeentelijk jeugdbeleid

Alle gemeenten staan voor de grote uitdaging de zorg voor jeugd effectiever te maken. Dat leidt – zoals eerder opgemerkt – tot allerlei nieuwe experimenten. Vele bestaan uit het oprichten van wijkteams met breed inzetbare professionals (generalisten) die met relatief lichte zorg veel hulpvragen moeten beantwoorden. Die beleidsmaatregel moet het gebruik van specialistische zorg helpen indammen. Zal dat effect hebben? Voor een deel wel. Te verwachten is dat er een positief effect zal uitgaan van de verminderde versnippering over instanties en van meer betrokkenheid van het lokale sociale netwerk. Generalisten zullen bij veel lichte problemen in een adequaat aanbod kunnen voorzien. Dit is het laaghangende fruit van de transitie van de jeugdzorg; de winst laat zich hier snel boeken.

De zaak ligt wat ingewikkelder als het gaat om de aanpak van zwaardere problemen die meer specifieke kennis vereisen, zoals bij gedragsstoornissen, angst en depressie, ontwikkelingsstoornissen, multiprobleemgezinnen en kindermishandeling. Dit soort problemen komt veel voor (zie www.nji.nl > databank Cijfers over jeugd en opvoeding). Ze zijn een belangrijke aanleiding tot zorggebruik (De Roos & Bot, 2013). Verbetering van de effectiviteit van de hulp aan die doelgroepen raakt de harde kern van het kwaliteitsvraagstuk in het stelsel. De wijkteams moeten specifieke kennis goed van stal weten te halen. Ook moeten ze weten hoe die kennis effectief is in te zetten en wie dat het beste kan doen. Krijgen ze dat niet goed voor elkaar, dan valt de oogst van de transitie wellicht bitter tegen.

De wijkteams zullen moeten aantonen dat ze hun nieuwe rol waarmaken. Het ene wijkteam zal die rol beter vervullen dan het andere. Dat wordt alleen maar zichtbaar als ze hun resultaten transparant maken. Die transparantie helpt de generalist om op tijd de ‘Not On Track’- gezinnen en jeugdigen in het primaire proces te signaleren en de hulp bij te sturen. Het helpt een wijkteam als organisatieverband te reflecteren op de resultaten en – waar nodig – op zoek te gaan naar verbetermogelijkheden. En het ontlokt communicatie over de vraag of het gemeentelijk jeugdbeleid tot de gewenste maatschappelijke resultaten leidt, en of alle voorzieningen een goede bijdrage leveren.

Ervaringen met een gerichte wijkaanpak

Een voorbeeld van een aanpak waarbij gemeenten op basis van jeugdmonitors hun beleid richten, vinden we bij Communities that Care (CtC; Ince e.a., 2001; Steketee e.a., 2006). Kenmerk van

de aanpak is dat met cijfers een wijkprofiel wordt gemaakt van risicofactoren, beschermende factoren en problemen. Op basis daarvan stelt een team prioriteiten voor verandering vast. Door doelgericht een samenhangend aanbod van voorzieningen en – vooral preventieve – programma's in te zetten, probeert men de wijk situatie te verbeteren. Uitkomstvariabelen zijn onder meer: geweld en delinquentie, alcohol- en drugsgebruik, onveilig vrijen, schooluitval, problemen met gezinsmanagement, conflicten in het gezin en gebrek aan binding met de wijk. Metingen laten zien of het lukt de scores op de variabelen in de loop der tijd te verlagen. Een soortgelijke aanpak treft men ook buiten de Communities that Care-projecten aan (zie Van Overbeke-van Sluijs e.a., 2011; Van Yperen & Van Woudenberg, 2011).

Bij CtC waren de eerste evaluaties positief, maar de uiteindelijke effecten vielen tegen (Mak e.a., 2009; Jonkman, 2012; Steketee e.a., 2012). CtC leidt tot een betere samenwerking tussen instellingen, niet tot betere resultaten op de uitkomstvariabelen. De onderzoekers dragen onder meer als reden aan dat van de ingezette interventies in de wijken er maar weinig als 'bewezen effectief' te boek staan. Anders gezegd, voor de wijkaanpak is een set van 'clinical support tools' of een 'verbeterpakket' samengesteld, waarvan op voorhand te weinig aannemelijk was of men daar überhaupt effect mee kon sorteren. Dat probleem is niet specifiek voor CtC; dit speelt veel vaker bij wijkinterventies (zie bijvoorbeeld Lub, 2013). Een probleem dat in dit geval extra speelde, is dat er geen zicht was op hoeveel jongeren en ouders met het aanbod in contact kwamen, en wat de uitval, tevredenheid en verandering in problemen, kennis, vaardigheden of attitudes in meer directe zin was. Maar wat mij bovendien opvalt, is dat de CtC-aanpak gepaard ging met weinig verbeteracties in het gevoerde gemeentelijk jeugdbeleid en in de kwaliteit van het aanbod van de voorzieningen. Het beeld uit de evaluaties is dat door CtC de samenwerking tussen instellingen toenam, terwijl iedere instelling – even grof gezegd – zijn ding kon blijven doen. De aanpak had wellicht beter gewerkt als tussen de gemeente, bewoners en voorzieningen was afgesproken welke resultaten er concreet werden nagestreefd, en de deelnemende voorzieningen hun resultaten tussentijds beter hadden gemonitord en naar hun teams en opdrachtgevers hadden teruggekoppeld. Zij hadden dan tijdig verbeteracties kunnen entameren, gebruikmakend van een effectief primair proces en van de optimalisering van processen en resultaten van organisaties, samenwerking en gemeentelijk jeugdbeleid. Dit alles is gemakkelijker gezegd dan gedaan. Het vergt dat de lemniscaat op uiteenlopende niveaus gaat draaien. Omwille van een effectief jeugdbeleid is het echter noodzakelijk dat dit gebeurt.

Oefening in vruchtbaar beleid

Om die lemniscaat op verschillende niveaus aan te jagen, stel ik vaak voor om te beginnen bij enkele concrete, veelvoorkomende of urgente vraagstukken. Bijvoorbeeld, veel opvoeders geven aan dat ze vragen hebben over de aanpak van lastig gedrag van hun kinderen (Ince, 2008).

Een inadequate aanpak levert veel opvoedstress op, en leidt vaak van kwaad tot erger (langdurige en ernstige gedragsproblemen, ontwrichting van het gezin, mishandeling, schooluitval, delinquentie). Het is ook een belangrijke reden tot zorggebruik. Daar staat tegenover dat er veel kennis is over het creëren van een positieve opvoedomgeving en de inzet van preventieve interventies in verschillende opvoedmilieus. Ook zijn er veel onderbouwde methoden om ernstige problemen aan te pakken (Foolen e.a., 2012). Het verminderen van opvoedstress en gedragsproblemen is niet al te moeilijk met een standaardmonitor te volgen, en er zijn op verschillende niveaus veel 'support tools' aan te reiken. Het eerder besproken voorbeeld van Leijssen (paragraaf 5) laat zien dat er door een combi van implementatie, monitoring en praktijkervaring een enorme effectwinst te behalen is. Het jeugdbeleid zou hier een forse effectiviteitsslag kunnen maken. Het begint met het formuleren van een collectieve ambitie met organisaties om het zorggebruik naar aanleiding van gedragsproblemen terug te dringen. Vervolgens is met de organisaties af te spreken hoe zij dat via meet- en verbeterbewegingen gaan realiseren. Hetzelfde is te doen met de aanpak van kindermishandeling, ongezond gedrag, schoolverzuim, enzovoorts. De kunst is daarbij gebruik te maken van collectief beschikbare kennis en deze aan te vullen met geboekte successen, zodat andere gemeenten daarvan gebruik kunnen maken.

Een dergelijke aanpak leidt tot aanscherping van het jeugdbeleid en de rol van de voorzieningen. De vraag is daarbij: welke rol gaan deze voorzieningen vervullen in de preventie en aanpak van de veelvoorkomende gedragsproblemen, kindermishandeling, ongezond gedrag, schoolverzuim, enzovoorts? Monitoren en rapporteren ze hun resultaten? Maakt de gemeente afspraken met hen over het te voeren kwaliteitsbeleid, en zet dat hen aan om maximaal gebruik te maken van bestaande kennis, en op zoek te gaan naar voorbeeldpraktijken elders?

Conclusie

De boodschap die hieruit spreekt is dat monitoring een gesprek kan ontlokken in de gemeente over een effectief integraal jeugdbeleid: welke kwesties vragen om een aanpak, hoe is die aanpak zo effectief en efficiënt mogelijk uit te voeren, welke kennis is daarbij te benutten en wat levert dat op? Gezien de ervaringen met CtC valt hier nog veel in te verbeteren. Het lijkt echter de moeite waard om op die verbetering door te pakken. Begin daarbij eenvoudig, met de aanpak van een of enkele vraagstukken waar veel verbetering haalbaar of urgent is. Dat is al moeilijk genoeg. Gaandeweg is de aanpak uit te breiden naar ook andere domeinen, met de kans dat het integrale jeugdbeleid inzake de zorg voor jeugd gaandeweg meer vruchten gaat afwerpen.



7 Te vermijden valkuilen

Denk na

Met cijfers is het altijd oppassen geblazen. Bekend is het voorbeeld in de statistiek: ‘Hoe meer brandweerlieden bij een brand betrokken zijn, hoe groter de schade’. Bij de zorg voor jeugd is het idee al gauw: ‘Hoe lager de gemiddelde afname van de problematiek, hoe slechter de hulpverlener’. Mijn boodschap is: denk na voordat brandweerlieden of hulpverleners in de hoek worden gezet. In de zorg voor jeugd betekent een lage score van een hulpverlener niet per definitie dat het een slechte hulpverlener is. Best kans dat deze persoon vanwege zijn kwaliteiten de moeilijkste gezinnen krijgt toegeschoven. Deze hulpverlener mag niet in een kwaad daglicht komen te staan. De Bruijn (2001) wees in dat verband al op het mogelijk perverterende effect van prestatie-indicatoren: waarom zou een hulpverlener of instelling bijvoorbeeld nog moeite doen voor doelgroepen die moeilijk te behandelen zijn als dat negatief doortikt in de prestatiecijfers? Personen en instellingen die het lef hebben zich om de moeilijkste jongeren of gezinnen te bekommeren, zouden eigenlijk een bonus moeten krijgen.

Waarschuwingen genoeg

Prestatiegegevens krijgen slechts in de juiste context hun betekenis. Zorgvuldigheid is daarbij vereist. In de literatuur vinden we daarvoor uiteenlopende waarschuwingen en aanbevelingen. Een paar voorbeelden (zie ook Van Yperen, 2012):

- ❖ We moeten geen appels met peren vergelijken. Hulpverleners en instellingen zijn alleen te vergelijken over dezelfde soort doelgroepen. Dit heet ook wel de ‘casemix’ waar we rekening mee hebben te houden (Van Os e.a., 2012). Voortschrijdende techniek maakt het mogelijk om bij te maken vergelijkingen steeds beter die casemix in te calculeren (zie bijvoorbeeld Geurts e.a., 2010; De Beurs, 2012). Die technieken laten zich echter pas goed toepassen als we weten welke kenmerken voor het bepalen van de casemix relevant zijn. Dat is nu nog vaak gissen. Ook is het nodig dat veel instellingen trouw gegevens leveren. Immers, alleen dan ontstaat er goed en voldoende gevarieerd vergelijkingsmateriaal. Veel bestaande databestanden zijn echter net gatenkazen: gegevens zijn te onvolledig om gedegen vergelijkingen mogelijk te maken.
- ❖ Van Yperen en Van der Steege (2008) en Van Os e.a. (2012) plaatsten kanttekeningen vanuit wetenschappelijk perspectief. Feit is dat cijfers uit outcome-monitors vaak een grote foutenmarge hebben. Ze geven daarom hoogstens *indicaties* van kwaliteit, geen *uitsluitend* daarover.
- ❖ Professionals en hun organisaties kunnen gefrustreerd raken in hun drijfveren als het alleen nog maar om cijfertjes lijkt te gaan (Tonkens, 2004). Zoals eerder betoogd moet het gaan om

de kernvraag of het lukt om de ambities te realiseren, of daarvoor verbeteracties nodig zijn, en wat de resultaten zijn van die acties. De indicatoren moeten daarvoor informatie geven. Goede indicatoren resulteren in engagement van de betrokkenen, niet in vervreemding.

Hoewel dit soort obstakels in theorie vrij gemakkelijk te relativëren is, verdienen ze veel aandacht. Omdat cijfers uit prestatie-indicatoren nooit voor zich spreken, moet er altijd over gesproken worden. Dat geldt op het niveau van het primaire proces, alsook op het niveau van de organisaties en de gemeenten. Als het gaat om outcome-indicatoren voor de zorg voor jeugd, luistert dat extra nauw, omdat er zoveel factoren in het spel zijn die de resultaten bepalen.

Cijfers als werktuig

Monitoring is gereedschap om te communiceren in het primaire proces. De organisatie kan informatie over de resultaten van hulpverleners en teams bespreekbaar maken als onderdeel van het kwaliteitsbeleid. Voorts levert het de gemeente informatie op over hoe voorzieningen hun kwaliteit verder ontwikkelen om zo goed mogelijk bij te dragen aan een effectief jeugdbeleid. Zo raken de kwaliteitscycli op verschillende niveaus verbonden. Het op deze manier gebruiken van monitors in de verbetering van de effectiviteit van het jeugdstelsel is geen kwestie van een rationeel proces dat uitgaat van lineaire verbanden en simpele interpretaties. Het gaat erom op verschillende niveaus gemeenschappelijke, betekenisvolle beelden te construeren over de kwaliteit van de zorg voor jeugd, om erover te communiceren, ervan te leren en verbeteracties door te voeren (vergelijk De Kool, 2007). De bedoeling is dat dit uiteindelijk bijdraagt tot een rijke oogst van het jeugdstelsel.



8 Aandacht voor universitair onderzoek en onderwijs

Structurele verbetering van de resultaten van de zorg voor jeugd gebeurt niet op een achternamiddag. Het is een hele onderneming om een goede monitoring en in elkaar grijpende verbetercycli op het niveau van het primaire proces, de organisaties en het gemeentelijke jeugd beleid op gang te brengen. De onderhavige bijzondere leerstoel stelt zich ten doel bij te dragen aan die onderneming. Dat gebeurt door theorievorming, onderzoek en onderwijs met betrekking tot een meet- en verbeterbeweging die de kennis op de verschillende niveaus op een hoger toerental brengt.

Voor de theorievorming en het onderzoek verbind ik de hier geschetste niveaus waarop de meet- en verbeterbeweging moet plaatsvinden aan de empirische cyclus van het wetenschappelijk onderzoek. Dat gebeurt volgens de principes van het praktijkgestuurd effectonderzoek (Van Yperen & Veerman, 2008). In mijn bijdrage zal ik het primaat leggen bij de functie van onderzoek in de verbetering van de praktijk. Daarbij gaat veel aandacht uit naar hoe monitoring de professionals in het primaire proces motiveert tot verbetering en gebruik van collectief beschikbare kennis. Ook wil ik weten hoe gegevens uit het primaire proces te benutten zijn voor verbetering van de organisatie en het jeugd beleid. Verdere literatuurstudie, ontwikkeling van goede instrumenten en richtlijnen voor het verantwoord benutten van monitors, moeten daaraan bijdragen. In dat kader wordt bijvoorbeeld een bijdrage geleverd aan de academische werkplaats C4Youth, waarin onder meer gewerkt wordt met een monitor voor de uitkomsten van de zorg (www.C4Youth.nl). Ook wordt samenwerking opgezet met zorgaanbieders en gemeenten, om te bestuderen hoe een meet- en verbeterbeweging op verschillende niveaus is aan te jagen. Daarnaast krijgt de betrokkenheid van jeugdigen en opvoeders aandacht. Een voorbeeld hiervan is een initiatief met pleegzorginstellingen die kampen met het probleem dat veel pleegzorgplaatsingen op den duur moeten worden afgebroken (i.e. de 'uitval' is groot). De bedoeling is dat jeugdigen, ouders en pleegouders gaan meedenken en meewerken in het gebruik van indicatoren om de resultaten van deze werksoort te verbeteren.

Wat het onderwijs betreft, constateer ik dat de sector een grote behoefte heeft aan academisch geschoolde werkers op het terrein van transitie management, monitoring en kwaliteitsverbetering. De bedoeling is dat ik ga verkennen of een masteropleiding op dit terrein te ontwikkelen is. Daarnaast zal ik via begeleiding van thesisopdrachten met studenten bijdragen aan de onderwijs- en praktijkvernieuwing. Zo onderzoeken groepjes studenten wat we kunnen leren van de voor- en nadelen van het werken met prestatie-indicatoren. Zij kijken daarbij niet alleen naar de ervaringen in zorg voor jeugd, maar ook naar die in de gezondheidszorg, het onderwijs en bij de Nederlandse Spoorwegen.

Meer algemeen wil de leerstoel bijdragen aan een samenhangend kennisbeleid in de sector. Door ontwikkelingen in gemeenten te volgen en kennis over ‘wat werkt’ in hun beleid te vergaren, is bij te dragen aan de ontwikkeling van ‘support tools’ voor gemeenten om de zorg voor jeugd door te ontwikkelen tot een florerende sector, en waarmee veel te oogsten valt. De bedoeling is om via de samenwerking tussen het Nederlands Jeugdinstituut, de Rijksuniversiteit Groningen en andere kenniscentra de gemeenten in dit kennisbeleid te ondersteunen.



9 Samenvatting en conclusies

Ik begon met de opmerking dat er in de zorg voor jeugd veel innovatie plaatsvindt, maar dat de sector als geheel te weinig vooruitgang boekt. Initiatieven om de praktijk te verbeteren zijn net zo versnipperd als de sector zelf, en borduren te weinig voort op wat we al weten en kunnen. Omdat de monitoring op resultaten gebrekkig is, vallen succespraktijken en achterblijvende prestaties onvoldoende op. Met de komende transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten bestaat het risico dat de versnippering in verbeterinitiatieven alleen maar toeneemt.

In deze bijdrage heb ik gepleit voor een vernieuwing van de zorg voor jeugd die meer oplevert. Daarbij kom ik tot de volgende aanbevelingen:

❖ **Primair proces**

Ga monitoren. Het past bij de opvatting over professioneel werken. Bespreek de uitkomstgegevens zoveel mogelijk met de jeugdigen en opvoeders. Gebruik gezamenlijk gestelde doelen daarbij als toetssteen. Verzamel ‘support tools’ om bij tegenvallende resultaten verbeteringen door te voeren. Ga daarvoor onder meer te rade bij de collectieve (in methodieken en richtlijnen verpakte) kennis.

❖ **Organisatie**

Formuleer met jeugdigen en hun opvoeders, hulp- en dienstverleners, management en bestuur collectieve ambities die aangeven wat succesvolle hulp- en dienstverlening is. Gebruik resultaatmonitors om het gesprek te voeren over successen, achterblijvende resultaten en verbeteracties. Zoek aansluiting bij landelijke standaardisering van indicatoren. Dat geeft mogelijkheden tot benchmarking. Organiseer bij tegenvallende resultaten doorbraken in de effectiviteit volgens de bekende PDCA-cyclus. Benut ook hier collectief beschikbare kennis. Dat kan gaan over de inhoud van de hulp en diensten, maar ook over de organisatie ervan.

❖ **Gemeentelijk jeugdbeleid**

Gebruik monitors om een beeld te vormen over de staat van de jeugd, formuleer collectieve ambities met de maatschappelijke partners, en spreek af wat de resultaten moeten zijn. Voer aan de hand van resultaatmonitoring van de ingezette voorzieningen het gesprek over de vraag of zij een goede bijdrage leveren. Maak verbeterafspraken, gebruikmakend van praktijkervaring, successen elders en collectief beschikbare kennis. Begin daarbij eenvoudig, met in ieder geval de aanpak van enkele veelvoorkomende of urgente problemen waar een collectieve ambitie op te formuleren is en waar veel winst te behalen valt. De verbetering kan gaan over de inzet van organisaties, maar ook over het gemeentelijk beleid.

Het is een hele onderneming om voor elkaar te krijgen dat de monitoring en verbetercycli op de verschillende niveaus tot stand komen en in elkaar gaan grijpen. De onderhavige bijzondere leerstoel stelt zich ten doel bij te dragen aan die onderneming. Dat gebeurt door onderzoek naar de wijze waarop monitoring op een wetenschappelijk verantwoorde wijze is op te zetten. Daarnaast is de ambitie om een opleiding op te zetten voor academisch geschoolde werkers op het terrein van transitie management, monitoring en kwaliteitsverbetering in de zorg voor jeugd. Meer algemeen wil de leerstoel bijdragen aan een samenhangend kennisbeleid in de sector.



Woord van dank

Mijn hoogleraarschap heb ik aan veel mensen te danken. Allereerst ben ik het bestuur van het Nederlands Jeugdinstituut erkentelijk voor het in mij gestelde vertrouwen. Het College van Bestuur en het Bestuur van de Faculteit Maatschappij- en Gedragswetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen dank ik voor hun bijdrage in de realisering van deze leerstoel.

Mijn werk komt tot stand samen met veel collega's van het Nederlands Jeugdinstituut en de afdeling Orthopedagogiek van de Rijksuniversiteit Groningen. Ik heb bijzonder veel respect voor de enorme inzet die ik in beide instituten tegenkom. Met jullie deel ik de collectieve ambitie om de sector te helpen verbeteren. Speciale dank gaat uit naar Kees Bakker en Erik Knorth, die een belangrijke rol hebben gespeeld bij de totstandkoming van deze leerstoel, Erik Jan de Wilde en Joanka Prakken die mede vorm en inhoud hebben gegeven aan mijn bijdrage van vandaag, en mijn lieve Laura en Nicole die weer deel uitmaakten van het Culemborgs Omslag Comité en mij ervoor behoed hebben om een foute foto voor de voorkant van dit boekje te kiezen.

Dank ook aan mijn lieve familie, vrienden en naasten. Jullie steun in de afgelopen tijd en acceptatie van wie ik ben, maken dat ik deze oratie heb kunnen houden.

Tot slot dank ik alle aanwezigen voor uw komst en aandacht. Zoals ik u heb geschetst, staat de zorg voor jeugd een grote transitie te wachten. Sommigen zien dat zo ongeveer als het einde van de wereld. Ik niet. En dan nog, om vrij naar Luther te spreken, als ik zou weten dat morgen de wereld vergaat, plant ik vandaag nog een appelboom.

Ik heb gezegd.



Referenties

- Ahaus, C.T.B. & Diepman, F.J. (2005). *Balanced Scorecard & Model Nederlandse Kwaliteit*. Deventer: Kluwer.
- Anker, M.G., Duncan, B.L. & Sparks, J.A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (4), 693-704.
- Bes, R., Wendel, S. & Jong, J. de (2012). Het kiezen van een ggz-instelling: wat vinden cliënten belangrijk? *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 76 (3), 136-143.
- Beurs, E. de (2012). Benchmarken, kansen en valkuilen. In: S. van Hees, P. van der Vlist & N. Mulder (Red.). *Van weten naar meten. ROM in de ggz (227-239)*. Amsterdam: Boom.
- Bosma, M. (2011). De jeugdzorgwerker als procesoperator. Monitor geeft MST-therapeuten directe feedback. *Jeugd en Co*, 5 (4), 8-9.
- Braet, C. & Bögels, S. (2008a). Kinderen met psychische klachten: aanzet tot evidence-based werken. In: C. Braet en S. Bögels (Red.). *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten (9-25)*. Amsterdam: Boom.
- Braet, C. & Bögels, S. (2008b, Red.). *Protocollaire behandelingen voor kinderen met psychische klachten*. Amsterdam: Boom.
- Brown, G.S. & Jones, E.R. (2005). Implementation of a feedback system in a managed care environment: What are patients teaching us? *Journal of Clinical Psychology*, 61 (2), 187-198.
- Bruijn, H. de (2001). *Prestatiemeting in de publieke sector. Tussen professie en verantwoording*. Utrecht: Lemma.
- Bruggen slaan*. Regeerakkoord VVD-PvdA, 29 oktober 2012.
- Bussel, M. van. (2007). Eendagsindicatie: rust voor cliënt en hulpverlener. *Jeugd en Co*, 1 (5), 18-19.
- Carlier, I.V.E., Meuldijk, D., Vliet, I.M. van, Fenema, E. van, Wee, N.J.A. van der & Zitman, F.G. (2012). Empirische evidence voor de effectiviteit van routine outcome monitoring; een literatuuronderzoek. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54 (2), 121-128.
- Delicat, J.W. (2011, Red.). *4+2=1! Opleidingsvereisten Gedragwetenschapper in de zorg voor de jeugd*. Utrecht: NIP/NVO.
- Deur, H. van & Oudenhoven, R. (2008). *Handboek Doorbraak in de jeugdzorg. Beter presteren door blijven verbeteren*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstuut.
- Diephuis, K. (2007). *Presentatie resultaten Doorbraakprojecten Bureaus Jeugdzorg en AMK's*. Hoogmade: Partners in Jeugdbeleid.
- Diephuis, K., Dronkers, F., Janssen, I., Tijink, H. & Zijden, Q. van der (2009). *Slimmer organiseren. Handboek sneller zorg voor jeugd*. Hoogmade/Utrecht: Partners in Jeugdbeleid / CBO.

- Diephuis, K., Dronkers, F., Janssen, I., Tijink, H. & Zijden, Q. van der (2011). *Slimmer organiseren. Praktijkgids voor de jeugd-ggz*. Hoogmade/Utrecht: Partners in Jeugdbeleid / CBO.
- Diephuis, K., Dronkers, F., Janssen, I., Schouten, L. & Zijden, Q. van der (2012). *Praktijkgids Tijd voor jeugd*. Hoogmade/Utrecht: Partners in Jeugdbeleid/CBO.
- Eijk, L. van, Verhage, V., Noordik, E., Reijneveld, M & Knorth, E. (2013). *Take Care Provincie Groningen. Een onderzoek naar kenmerken van jeugdigen en hun ouders in relatie tot de geboden zorg*. Groningen: UMCG / Rijksuniversiteit Groningen.
- Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie (2011). *Criterium 10 van de beoordelingscriteria effectiviteit gedragsinterventies*. Den Haag: Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie.
- Foolen, N., Ince, D. & Baat, M. de (2012). *Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Geurts, E., Lekkerkerker, L., Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (2010). *Over verandering gesproken. Op weg naar meer zicht op effectiviteit van de jeugdzorgpraktijk*. Utrecht / Nijmegen: Nederlands Jeugdinstituut / Praktikon.
- GGZ Nederland (2010). *Zorg op waarde geschat. Update Sectorrapport*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (2013). *Tabellenboek kerncijfers ggz in de zorgverzekeringswet 2010*. Amersfoort: GGZ Nederland.
- Groenewoud, A.S. & Huijsman, R. (2003). *Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker*. Den Haag: ZonMw.
- Hawkins, E.J., Lambert, M.J., Vermeersch, D.A., Slade, K.L. & Tuttle, K.C. (2004). The therapeutic effects of providing patient progress information to therapists and patients. *Psychotherapy Research*, 14 (3), 308-327.
- Hees, S. van, Vlist, P. van der & Mulder, N. (2012, Red.). *Van weten naar meten. ROM in de ggz*. Amsterdam: Boom.
- Holloway, F. (2002). Outcome measurement in mental health – welcome to the revolution. *British Journal of Psychiatry*, 181 (1), 1-2.
- Hutschemaekers, G. (2010). *Praktijk én wetenschap. Zoeken naar werkzame allianties*. In: H. Pijnenburg (Red.), *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd* (101-120). Amsterdam: SWP.
- Ince, D. (2008). *Cijfers over opvoedingsvragen en -problemen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Ince, D., Beumer, M., Jonkman, H. & Pannebakker, M. (2001). *Veelbelovend en effectief. Overzicht van preventieve programma's in de domeinen gezin, school, jeugd, wijk*. Utrecht: NIZW.

- Institute for Healthcare Improvement (2003). *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement.
- Janssen, M.M.M., Wensing, M., Gaag, R.J. van der, Deurzen, P.A.M. van & Buitelaar, J.K. (2013). Aanpassing en aanvulling van kwaliteitsindicatoren uit de basisset ggz voor gebruik in de kinder- en jeugdpsychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55 (1), 21-31.
- Jeugdzorg Nederland (2013). *Brancherapportage jeugdzorg 2011*. Utrecht: Jeugdzorg Nederland.
- Jong, K. de (2012a). De rol van de behandelaar: de 'vergeten' factor in ROM. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54 (2), 197-201.
- Jong, K. de (2012b). *A chance for change. Building an outcome monitoring feedback system for outpatient mental health care*. Academisch proefschrift. Leiden: Universiteit Leiden.
- Jonkman, H. (2012). *Some years of Communities that Care. Learning from a social Experiment*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam.
- Kluger, A.N. & DeNisi, A. (1996). The effects of feedback interventions on performance: A historical review, a meta-analysis, and a preliminary Feedback Intervention Theory. *Psychological Bulletin*, 119 (2), 254-284.
- Knaup, C., Koesters, M., Schoefer, D., Becker, T. & Puschner, B. (2009). Effect of feedback of treatment outcome in specialist mental healthcare: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 195 (1), 15-22.
- Kool, D. de (2007). *Monitoring in beeld. Een studie naar de doorwerking van monitors in inter-bestuurlijke relaties*. Academisch proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Lambert, M.J. & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48 (1), 72-79.
- Lambert, M.J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J.L. & Hawkins, E.J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (2), 165-174.
- Leefflang, M.J. (2011). *Professionals in het CJG. Bruikbaarheid van prestatie-indicatoren*. Masterthesis Maatschappelijke Opvoedingsvraagstukken, Universiteit Utrecht.
- Leijssen, M. (2008). Onderzoeksgegevens als sturingsinformatie voor hulpverleners en teams. In: T.A. van Yperen & J.W. Veerman (Red.). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg (195-205)*. Delft: Eburon.
- Loon, J.H.M. van, Bonham, G.S., Peterson, D.D., Schalock, R.L., Claes, C. & Decramer, A.E.M. (2013). The use of evidence-based outcomes in systems and organizations providing services and supports to persons with intellectual disability. *Evaluation and Program Planning*, 36 (1), 80-87.
- Lub, V. (2013). *Schoon, heel en werkzaam? Een wetenschappelijke beoordeling van sociale interventies op het terrein van buurtleefbaarheid*. Amsterdam: Boom.
- Mak, J., Huygen, A., Steketee, M. & Jonkman, H. (2009). *Opgroeien in veilige wijken. Evaluatie van Communities that Care in Maassluis, Hoogvliet en Leiden-Stevenshof*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

- Miller, S.D., Duncan, B.L., Sorrell, R. & Brown, G.S. (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (2), 199-208.
- Noom, M.J., Jong, K. de, Thiemens, B. e.a. (2012). Routine outcome monitoring en benchmarking: hoe kunnen we behandelresultaten op een zorgvuldige manier vergelijken? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54 (2), 141-145.
- Nugter, M.A. & Buwalda, V.J.A. (2012). Achtergronden en gebruiksmogelijkheden van ROM in de ggz. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54 (2), 111-120.
- Okiishi, J.C., Lambert, M.J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D.D. & Vermeersch, D.A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (9), 1157-1172.
- Os, J. van, Kahn, R., Denys, D. e.a. (2012). ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54 (2), 245-253.
- Overbeeke-van Sluijs, J. van, Schra, M., Smit, A. & Sprundel, E. van (2011). *Integraal jeugdbeleid 2011. Resultaten en indicatoren*. Middelburg: Scoop.
- Reese, R.J., Norsworthy, L.A. & Rowlands, S.R. (2009). Does a continuous feedback system improve psychotherapy outcome? *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training* 46 (4), 418-431.
- Roos, S. de & Bot, S. (2013). Determinanten van jeugdzorggebruik: slotbeschouwing. In: S. Bot (Red.), *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik* (21-46). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Sapyta, J., Riemer, M. & Bickman, L. (2005). Feedback to clinicians: theory, research, and practice. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (2), 145-153.
- Schouten, L.M.T., Seesing, F., Tijink, H., Everdingen, J.J.E., Huisman, R. & Hulscher, M. (2004). De achilleshiel van de doorbraakprojecten. *Medisch Contact*, 107 (42), 23-29.
- Shimokawa, K., Lambert, M.J. & Smart, D.W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (3), 298-311.
- Slot, N.W. & Spanjaard, H.J.M. (2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg*. Baarn: HBuitgevers.
- Splunteren, P. van, Bosch, A. van den, Kok, I. & Nuijen, J. (2011). Evaluatie van ggz-doorbraakprojecten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 66 (7-8), 518-532.
- Stals, K. (2012). *De cirkel is rond. Onderzoek naar succesvolle implementatie van interventies in de jeugdzorg*. Academisch proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Stams, G.J. (2011). Het recht van de zwakste: de forensische jeugdzorg in orthopedagogisch perspectief. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 50 (6), 243-258.
- Steketeer, M., Jonkman, H., Mak, J., Aussems, C., Huygen, A. & Roeleveld, W. (2012). *Communities that Care in Nederlandse steden. Resultaten van een vierjarig experimenteel onderzoek*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

- Steketee, M., Mak, J. & Huygen, A. (2006). *Opgroeien in veilige wijken. Communities that Care als instrument voor lokaal preventief jeugdbeleid*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Stevens, S.E., Hynan, M.T. & Allen, M. (2000). A meta-analysis of common factor and specific treatment effects across the outcome domains of the phase model of psychotherapy. *Clinical Psychology: science and practice*, 7 (3), 273-290.
- Tennenbaum, S. (2003). Evidence-based practice in mental health: practical weaknesses meet political strengths. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 9 (2), 287-301.
- Tonkens, E. (2004). *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht: NIZW.
- Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd (2013). *Eerste rapportage*. Den Haag: Transitiecommissie Stelselherziening Jeugd.
- Veerman, J.W. & Yperen, T.A. van (2008). Wat is praktijkgestuurd effectonderzoek? In: T.A. van Yperen & J.W. Veerman (Red.), *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (17-34). Delft: Eburon.
- Veerman, J.W., Yperen, T.A. van & Wilschut, M. (2013). *Uitkomstmonitoring jeugdzorg. Meer dan alleen naar meten*. Utrecht: Inspectie Jeugdzorg / SEJN.
- Vermaes, I., Konijn, C., Nijhof, K., Strijbosch, E. & Domburgh, L. van (2012). *Monitor Jeugdzorg Plus. Analyse van de wetenschappelijke onderbouwing en benuttingsmogelijkheden*. (Z.P.)
- Warren, J.S., Nelson, P.L., Mondragon, S.A., Baldwin, S.A. & Burlingame, G.M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcome in usual care: community mental health versus managed care settings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (2), 144-155.
- Weisz, J.R., Chorpita, B.F., Frye, A., Yi Ng, M., Lau, N., Bearman, S.K., Ugueto, A.M., Langer, D.A. & Hoagwood, K.E. (2011). Youth top problems: using ideographic, consumer-guided assessment to identify treatment needs and to track change during psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79 (3), 369-380.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Whipple, J.L., Lambert, M.J., Vermeersch, D.A., Smart, D.W., Nielsen, S.L. & Hawkins, E.J. (2003). Improving effects of psychotherapy: use of early identification of treatment failure and problem-solving strategies in routine practice. *Journal of Counseling Psychology*, 50 (1), 59-68.
- Winter, M. de (2011). *Verbeter de wereld, begin bij de opvoeding. Vanachter de voordeur naar democratie en verbinding*. Amsterdam: SWP.
- Yperen, T.A. van (2012). *Verbetering telt. Werken met prestatie-indicatoren in de zorg voor jeugd*. Utrecht/ Groningen: Nederlands Jeugdinstituut / Universiteit Groningen.
- Yperen, T.A. van, Bakker, K. & Wilde, E.J. de (2013). *Transformeren met beleid. Maatschappelijke resultaten, kwaliteitsindicatoren en ombouwscenario's transitie jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

- Yperen, T.A. van & Dronkers, F. (2010). *Programma Richtlijnontwikkeling jeugdzorg*. Utrecht/Amsterdam: NIP, NJi, NVMW, NVO, Phorza.
- Yperen, T.A. van & Steege, M. van der (2008). Cijfers over prestatie-indicatoren: een wetenschappelijke bijsluiter. In: T.A. van Yperen & E. Geurts, *Raamwerkafspraken prestatie-indicatoren. Definities en spelregels* (56-60). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T.A. van & Veerman, J.W. (Red., 2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Yperen, T.A. van & Woudenberg, A. van (2011). *Werk in uitvoering. Bouwen aan het nieuwe jeugdstelsel*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Zijden, Q. van der & Pijnenburg, H. (2009). Versnellingsproject leidt tot opvallende verkorting van wacht- en doorlooptijden in de jeugd-ggz. *Kind en Adolescent*, 30 (2), 137-140.

www.C4Youth.nl

www.doorbraakindejeugdzorg.nl

www.romckap.org

www.sejn.nl

www.tijdvoorjeugd.info

www.nji.nl > databank Cijfers over jeugd en opvoeding

www.nji.nl /prestatieindicatoren

Tom van Yperen

Tom van Yperen is orthopedagoog en als expert verbonden aan het Nederlands Jeugdinstituut. Hij ondersteunt instellingen bij de ontwikkeling van hun aanbod en adviseert beleidsmakers in het te voeren kwaliteitsbeleid in de sector. Hij was van 2002 tot 2012 vanwege het NJi bijzonder hoogleraar aan de Universiteit Utrecht. Vanaf 2011 vervult hij die functie bij de Universiteit Groningen. Daar ontwikkelt hij onderwijs voor de sector en stimuleert en begeleidt hij onderzoek. Tom van Yperen is van origine opgeleid als leerkracht voor het basisonderwijs. Na een voortgezette academische opleiding werd hij wetenschappelijk onderzoeker en docent bij de Universiteit Leiden en de Universiteit Utrecht. In 1995 maakte hij de overstap naar het toenmalige Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, waaruit het Nederlands Jeugdinstituut is voortgekomen.

t.vanyperen@nji.nl

Twitter: @tomvanyperen

Het Nederlands Jeugdinstituut

Als landelijk kennisinstituut voor jeugd- en opvoedvraagstukken wil het Nederlands Jeugdinstituut bevorderen dat de jeugd zo goed mogelijk kan opgroeien tot zelfredzame en participerende burgers. Het instituut maakt kennis beschikbaar voor de praktijk, maar verwerkt ook kennisvragen vanuit de praktijk. Opdrachtgevers zijn instellingen en overheden die zich richten op de jeugdgezondheidszorg, kinderopvang, educatie en jeugdwelzijn, opvoedingsondersteuning, jeugdzorg en jeugdbescherming en aangrenzende werkvelden als onderwijs, justitie en internationale jongerenprojecten.

Catharijnesingel 47, 3501 DE Utrecht

www.nji.nl

De leerstoel aan de Rijksuniversiteit Groningen

De leerstoel van het Nederlands Jeugdinstituut is gevestigd bij de Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Pedagogische Wetenschappen en Onderwijskunde. In deze afdeling zijn drie kernen te onderscheiden: *Algemene Pedagogiek*, gericht op de (historische) ontwikkelingen in theorie en praktijk van opvoeding, onderwijs en hulpverlening; *Onderwijskunde*, gericht op de vormgeving en effectiviteit van onderwijs en opleiding; en *Orthopedagogiek*, gericht op de vormgeving en effectiviteit van hulpverlening in situaties van dreigende of optredende ernstige problemen in opvoeding en onderwijs. Het vakgebied van de leerstoel valt binnen de Orthopedagogiek. De focus is daarbij gericht op de zorg voor jeugd (eerste- en tweedelij), met tevens aandacht voor de bruikbaarheid van de kennis en ervaring voor de zorg voor gehandicapte jeugdigen en de speciale onderwijsvoorzieningen.

Grote Rozenstraat 38, 9712 TJ Groningen

www.rug.nl/gmw/pedagogy-and-educational-sciences



De zorg voor jeugd innoveert zich suf, maar boekt als sector te weinig vooruitgang. Initiatieven om de praktijk te verbeteren zijn te versnipperd, en veel bestaande kennis wordt weinig gebruikt. Omdat de monitoring op resultaten gebrekkig is, vallen succespraktijken en achterblijvende prestaties onvoldoende op. Met de komende transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten bestaat het risico dat de versnippering in verbeterinitiatieven alleen maar toeneemt.

Tegen deze achtergrond pleit Tom van Yperen voor een meet- en verbeterbeweging in de dagelijkse praktijk van de hulpverlening, de betrokken organisaties en het gemeentelijk jeugdbeleid. De verbetering kan ‘van onderop’ komen, vanuit de praktijk, maar remt de vooruitgang als het daartoe beperkt blijft. De echte vernieuwing schuilt in het formuleren van collectieve ambities, verbeteracties die gebaseerd zijn op nieuwe ideeën, praktijkervaring en landelijk beschikbare kennis over wat werkt en monitoring van de resultaten. De praktijkwerkers, hun organisaties en de gemeenten moeten daarvoor flink aan de slag.

Deze publicatie geeft de volledige tekst weer van zijn pleidooi, die hij in verkorte vorm uitsprak bij zijn inauguratie als bijzonder hoogleraar ‘Monitoring en innovatie zorg voor jeugd’. De leerstoel is door het Nederlands Jeugdinstituut gevestigd bij de Rijksuniversiteit Groningen. Belangrijk doel van de leeropdracht is via onderzoek, onderwijs en samenwerking met het veld bij te dragen aan het vestigen van de benodigde meet- en verbeterbeweging.