



Foto: Martine Sprangers

Algemeen werkzame factoren en specifieke methodieken in de jeugdzorg

Methodiek en hulpverlener tellen allebei

Door Tom van Yperen en Mariska van der Steege

De effectiviteit van de jeugdzorg is voor verbetering vatbaar. Zo wordt er nog weinig gewerkt met bewezen effectieve methodieken. Er is echter discussie over de vraag of de invoering van dergelijke methodieken zal leiden tot verbetering; vaak wordt gesteld dat algemeen werkzame factoren belangrijker zijn. Een studie van het Nederlands Jeugdinstituut laat zien dat de rol van algemeen werkzame factoren en specifieke methodieken nog onvoldoende is ont-rafeld. Het beeld dat algemeen werkzame factoren belangrijker zijn, is gebaseerd op schattingen en op in het verleden behaalde resul-taten. Er zijn aardig wat aanwijzingen dat specifieke methodieken wel degelijk nut hebben. Zaak dus om er meer mee te werken.

Velen zijn het erover eens dat de effectiviteit van de jeugdzorg moet verbeteren. De vraag is alleen: hoe? Sommigen stellen dat hulpver-leners meer moeten werken met specifieke interventies die *evidence-based* zijn: bewezen effectief. Anderen vinden dat kiezen voor speci-fieke interventies niet zo veel zin heeft. Uit de onderzoeksliteratuur zou blijken dat vooral algemene hulpverleningsprincipes, zoals een goede relatie tussen cliënt en hulpverlener en een goed gestructu-reerde aanpak, de effecten bepalen. De toegevoegde waarde van speci-fieke methoden zou gering zijn. Wie heeft er nu gelijk? Onlangs heeft het Nederlands Jeugdinstituut dit vraagstuk geanalyseerd door de beschikbare onderzoeksliteratuur te bestuderen. Om te beginnen is gekeken naar wat bekend is over de effectiviteit van jeugdzorg. Vervolgens is gezocht naar gegevens over de werkzaamheid van al-gemene factoren en specifieke methodieken en over de verhouding tussen deze twee. Daarna is bekeken of het voor de verbetering van

de jeugdzorg nu wel of niet nodig is te investeren in specifieke methodieken.

Effectiviteit van de jeugdzorg

De effectiviteit van jeugdzorg wordt in wetenschappelijk onderzoek meestal uitgedrukt in een getal: de *effect size* ofwel effectgrootte. Bij een effectgrootte van $-0,21$ is sprake van een negatief effect, tussen $-0,20$ en $0,19$ van een verwaarloosbaar effect, tussen $0,20$ en $0,50$ van een klein effect, tussen $0,50$ en $0,80$ van een middelmatig effect en bij $0,80$ of meer van een groot effect.

Internationale overzichtstudies laten zien dat behandelingen voor kinderen, jongeren en opvoeders effect hebben; gemiddeld een effectgrootte van ongeveer $0,70$. Dat betekent dat ongeveer één op de drie cliënten met de behandeling beter af is dan zonder. Critici wijzen er echter op dat die overzichtstudies niet representatief zijn voor wat er in de dagelijkse jeugdzorgpraktijk gebeurt, want daar wordt maar weinig gewerkt met de onderzochte behandelingen. Volgens een veelbesproken studie van de Amerikaanse psycholoog John Weisz en anderen (1995) is de gemiddelde effectgrootte van de jeugdzorgpraktijk $0,01$ en is dus het effect verwaarloosbaar.

In een andere publicatie van het Nederlands Jeugdinstituut (Van Yperen, 2005) zijn veel vraagtekens gezet bij dit sombere cijfer en is de effectiviteit van de dagelijkse praktijk rond de $0,40$ geschat. Het is onzeker of die schatting juist is. Het Nederlands Jeugdinstituut voert momenteel studies uit om meer zekerheid te krijgen over de effectiviteit in de dagelijkse praktijk. Maar ook als de schatting van $0,40$ klopt, kunnen we niet tevreden zijn. De effectiviteit is dan klein, hoogstens matig: slechts ongeveer één op de vijf cliënten is beter af dan zonder zorg. Verbetering van de jeugdzorg is dan beslist nodig. Daarom is de vraag welke rol algemeen werkzame factoren en specifieke methoden kunnen spelen in de verbetering van de hulpverlening een uiterst relevant onderwerp voor de praktijk.

Resultaten toerekenen

In veel publicaties, conferenties en debatten over de jeugdzorg wordt gesteld dat de effecten van hulp maar voor een klein deel worden bepaald door specifieke methoden. Vaak verwijst men daarbij naar het werk van de Amerikaanse psycholoog Michael Lambert (1992). Hij stelde dat 40 procent van de resultaten van hulp toe te rekenen is

aan extratherapeutische factoren. Dat zijn factoren die buiten de invloedssfeer van de behandeling liggen, zoals de intelligentie van het kind, of ouders die niet meewerken aan een behandeling. Volgens Lambert is 30 procent van de resultaten te verklaren door algemeen werkzame factoren, waaronder de kwaliteit van de relatie tussen hulpverlener en cliënt en de mate waarin de hulp gestructureerd verloopt. 15 procent zou worden bepaald door het placebo-effect, ook aangeduid als ‘hoop en verwachting’: een cliënt die een goed resultaat verwacht, werkt volgens Lambert beter mee aan de behandeling. De methodiek zou slechts 15 procent van het resultaat uitmaken. In veel debatten levert dat het argument om niet veel waarde te hechten aan specifieke interventies.

De vraag is: kloppen die percentages? Op basis van de literatuur zijn er kanttekeningen te plaatsen bij de percentuele verdeling van Lambert.

- De percentages zijn niet gebaseerd op statistische berekeningen, maar zijn door Lambert geschat. De Amerikaanse onderzoeker Bruce Wampold (2001) noemt de percentages om die reden dan ook arbitrair.
- De percentages komen uit gedateerd onderzoek. De bron waarin de cijfers voor het eerst zijn opgenomen stamt uit 1992. Lambert baseert zich in die publicatie weer op een studie uit 1986, meer dan twintig jaar geleden dus. De daarin opgenomen bronnen dateren weer van daarvoor. Als we aannemen dat de percentages anno 2010 geldig zijn, betekent dat dat de ontwikkeling van de jeugdzorg ruim een kwart eeuw heeft stilgestaan.
- Veel van de gebruikte bronnen hebben betrekking op onderzoek in de volwassenenzorg, niet op de behandeling van kinderen, jongeren en gezinnen.
- Als we op zoek gaan naar nieuwe cijfers die de schatting van Lambert kunnen bevestigen, stuiten we in de literatuur op uiteenlopende terminologie en verschillende percentages.
- Verschillende studies wijzen op een sterk effect van de algemeen werkzame factoren, terwijl de invloed van de specifieke methodieken gering is. De meeste van die studies laten echter in het midden of de keuze en de implementatie van de specifieke methodiek wel goed was.

Dit alles geeft aan dat er nog geen betrouwbare uitspraken zijn te doen over de vraag hoe de verdeling over de factoren precies ligt. Het totale beeld is onduidelijk en soms verwarrend. Dat is een goede reden om de discussie over het belang van de verschillende factoren verder uiteen te rafelen.

Algemeen werkzame factoren

De algemeen werkzame factoren in een interventie – in de internationale literatuur wordt gesproken over *common factors* – dragen bij aan het effect ongeacht de soort behandeling en doelgroep. Factoren die in onderzoek worden genoemd, zijn:

- aansluiten bij de motivatie van de cliënt;
- een goede structurering van de interventie: een duidelijke doelstelling, planning en fasering, een heldere werktheorie die een verband legt tussen de problematiek, de doelen van de behandeling en de activiteiten;
- een goede aansluiting van de hulp op de aard en de ernst van de problematiek en de hulpvraag;
- uitvoering van de interventie zoals die uitgevoerd hoort te worden;
- professionaliteit van de behandelaar, door een goede opleiding en training;
- goede werkomstandigheden van de behandelaar, zoals een draaglijke *caseload*, goede ondersteuning en veiligheid;
- het routinematig monitoren van de effectiviteit;
- een goede relatie tussen de cliënt en de hulpverlener.

De laatste twee factoren verdienen nadere toelichting. Routinematig monitoren wordt in de meeste overzichten niet genoemd. Uit onderzoek komen echter de laatste tijd steeds meer aanwijzingen dat monitoring van effectiviteit leidt tot betere resultaten (Carr, 2009, Lambert en anderen, 2003; zie voor een bespreking ook Pijnenburg, 2010). Het gaat dan niet alleen om het meten van de problemen aan het begin en het einde van de behandeling om te kijken of ze voldoende zijn afgenomen. Tijdens de behandeling kan ook worden bijgehouden of de cliënt tevreden is, of er voldoende aan de doelen van de hulp wordt gewerkt en of er vooruitgang zit het verwerven van vaardigheden of de afname van de problematiek. Met een dergelijke monitoring zien hulpverleners of de behandeling op koers ligt, zodat die tijdig bij te sturen is.

Er is veel onderzoek gedaan naar het belang van de relatie tussen cliënt en hulpverlener. In sommige overzichten wordt de hele groep van algemeen werkzame factoren zelfs vervangen door alleen die relatiefactor (zie bijvoorbeeld Asay en Lambert, 1999; Thomas, 2006). Enerzijds is dat begrijpelijk: onderzoek laat zien dat die factor van groot belang is (zie bijvoorbeeld Ackerman en Hilsenroth, 2003; Ahn en Wampold, 2001). Anderzijds is die versmalling onterecht: onderzoek laat ook zien dat er meer algemeen werkzame factoren in het spel zijn dan alleen die relatie. Bovendien is er nog te weinig onderzoek gedaan naar de mate waarin de hulpverlener daadwerkelijk

aanwezig moet zijn om een methode goed te laten werken. De ontwikkeling van hulp via internet en zelfhulp is in dit licht bijzonder interessant. Die hulpvormen kunnen ons op termijn meer leren over de resultaten van hulpverlening zonder de sterke invloed van de hulpverlener.

Specifieke methodieken

Bij methodiek gaat het om de leer hoe te handelen. De methodiek schrijft de fasering van handelingen voor, de frequentie, de intensiteit, de gewenste omgeving en de deelnemers. Van een specifieke methodiek is sprake als die gemaakt is voor een bepaalde doelgroep met een bepaald probleem of een bepaalde hulpvraag. De methodiek specificeert de technieken die dan moeten worden toegepast. Bij die technieken gaat het om een specifieke handelswijze die tot doel heeft een bepaald effect te sorteren. Bijvoorbeeld: een agressieve jongen denkt vaak dat andere kinderen vijandig tegenover hem staan. De hulpverlener benoemt daarom steeds andere mogelijke oorzaken van het gedrag van die kinderen: ‘Misschien willen ze gewoon stoer zijn’ of ‘Het kan ook zijn dat ze gewoon onhandig reageren’. Op deze manier leert hij de jongen zijn beeld van anderen te verruimen in de hoop dat dit zijn agressieve reacties op anderen vermindert.

Verwarrend is dat in de discussie het beeld ontstaat dat specifieke methodieken en algemeen werkzame factoren twee heel verschillende dingen zijn. Dat is niet zo. De literatuur laat zien dat ze deels verweven zijn. Zo kan de toepassing van specifieke methoden en de daarin opgenomen technieken doorwerken in de kwaliteit van de algemeen werkzame factoren.

- Als een hulpverlener technieken toepast die bijvoorbeeld ouders goed leren omgaan met de gedragsproblemen van hun kind, zal bij de ouders het vertrouwen in en de waardering voor de hulpverlener toenemen. Dat komt hun relatie ten goede.
- Toepassing van methodieken en technieken structureert de behandeling. Zo is bekend dat het werken met het socialecompetentiemodel een sterk structurerende werking heeft: met de cliënten doelen stellen, een plan maken, werkpunten opstellen, *et cetera*.

Met andere woorden: algemeen werkzame factoren worden vaak concreet toepasbaar in een specifieke methodiek, bijvoorbeeld in de vorm van de fasen die gehanteerd worden, de duidelijke doelen die worden gesteld en de aansluiting die wordt gezocht bij de specifieke hulpvragen en ervaringen van cliënten. Specifieke methoden worden daarom ook wel aangeduid als vehikels om de algemeen werkzame

factoren in praktijk te brengen (zie ook Sprenkle en Blow, 2006; Carr, 2009). Door beroepskrachten te trainen in specifieke methoden worden tegelijk hun algemene hulpverlenersvaardigheden versterkt.

Toegevoegde waarde van methodieken

Specifieke methodieken zijn niet alleen vehikels voor algemeen werkzame factoren. In de literatuur zijn aanwijzingen te vinden dat ze meer te bieden hebben.

- Grote meta-analyses laten zien dat specifieke technieken een aparte rol spelen. De mate waarin dat effect er is, loopt in de studies uiteen, maar het is niet verwaarloosbaar. Een studie van Sean Stevens en anderen (2000) laat zelfs zien dat bij de behandeling van meer ernstige stoornissen de specifieke technieken meer toevoegen aan het effect dan de algemeen werkzame factoren die er in de methodiek verpakt zijn.
- Een andere aanwijzing komt uit onderzoek naar de mate waarin een methode goed geïmplementeerd is. De relatie tussen effecten en de juiste implementatie van een methode is de laatste jaren veelvuldig onderzocht bij de aanpak van jeugd delinquentie. De algemene trend die daarbij zichtbaar wordt, is dat een goede implementatie de kans op recidive vermindert, terwijl een slechte implementatie zorgt voor een hogere recidive.
- Verder maken specifieke methodieken niet allen duidelijk welke technieken behandelaars moeten gebruiken om bepaalde problemen aan te pakken, maar ook wat ze *niet* moeten doen. Daarbij gaat het dus niet zozeer om de specifieke *do's* die in methodieken verpakt zijn, maar om de *don'ts* die men bij bepaalde cliënten en problemen in acht moet nemen. Bij kinderen met gedragsproblemen kunnen de opvoeders bijvoorbeeld beter geen strijd met deze kinderen aangaan. Ook hard en inconsistent straffen werkt niet goed. Dat verhoogt alleen de kans dat het negatieve gedrag wordt versterkt (zie bijvoorbeeld Matthys en Lochman, 2010). Meer in het algemeen geldt dat een hulpverlener moet weten met welke problematiek hij te maken heeft en wat hij in dat geval wel, maar vooral ook niet moet doen. Specifieke methoden verpakken – als het goed is – de nodige aanwijzingen op dit vlak.

Specifieke methodieken kunnen dus belangrijke effecten sorteren, bovenop de algemeen werkzame factoren. Dat kan een behoorlijke bijdrage leveren aan het vergroten van de effecten van hulp. Ook kan het ertoe leiden dat averechtse effecten of negatieve bijwerkingen van een behandeling worden voorkomen.

Niet vreemd is in dat verband de opmerking van de Amerikaanse psychologen Ted Asay en Michael Lambert (1999) dat de effecten van behandelingen door het gebruik van strak geprotocolleerde methodieken best wel eens flink zouden kunnen toenemen, zolang de specifieke methodiek en de doelgroep maar goed op elkaar zijn afgestemd.

Verbetering van effectiviteit

Aan het begin van dit artikel is aangegeven dat de thans aangeboden jeugdzorg vermoedelijk een effectgrootte heeft van gemiddeld ongeveer 0,40. Dat is niet erg bevredigend. Wat moet er gebeuren? In ieder geval lijkt het goed om schema's als die van Lambert niet te beschouwen als maatgevend bij de vraag waarop de inspanningen voor een effectievere jeugdzorg zich moeten richten. Daar zijn twee redenen voor. De eerste is het feit dat Lamberts cijfers verouderd en niet betrouwbaar zijn. Ze bieden dan ook geen grond om te stellen dat het gebruik van meer specifieke methodieken weinig zin heeft. De tweede reden is dat we voor een deel de verhouding tussen de factoren waaraan Lambert de effectiviteit toerekende zelf in de hand hebben.

- Het aandeel van de extratherapeutische factoren, die buiten de invloedssfeer van de behandeling liggen, is terug te dringen door methoden te gebruiken die zich juist op die factoren richten. Voor multiprobleemgezinnen met kinderen met gedragsproblemen is bijvoorbeeld Wijkgerichte Intensieve Gezinsbegeleiding (WIG) ontwikkeld. Die methode betreft ouders veel sterker en beter bij de aanpak van problemen die vroeger vooral – en geregeld met weinig succes – behandeld werden met residentiële hulp aan het individuele kind. Bijzonder bij WIG is dat daarbij ook de buurt wordt ingeschakeld. De ouders krijgen zo weer grip op de opvoeding en het gezin krijgt meer steun uit de buurt. Dat effect is verder te versterken door bijvoorbeeld ook de school en de vrijetijdsbesteding nadrukkelijker bij de aanpak te betrekken. Dergelijke multisystemische en multimodale methoden beïnvloeden factoren die voorheen golden als extratherapeutisch omdat hulpverleners ze niet konden beïnvloeden of er weinig aan deden.
- Investeren in algemeen werkzame factoren kan onder andere de aansluiting bij de motivatie van cliënten, de kwaliteit van de cliënt-hulpverlenerrelatie en de structurering van de hulp verder verbeteren.
- Het placebo-effect kan toenemen als er goed wordt gewerkt met algemeen werkzame factoren en specifieke methoden. Die kunnen

immers de hoop en verwachting van cliënten aanwakkeren als hun vertrouwen in de deskundigheid van de hulpverlener toeneemt.

- Tot slot kunnen we inzetten op het gebruik van specifieke methodieken om de hulpverlener te ondersteunen in wat hij wel en niet moet doen bij bepaalde problemen.

Als het lukt het aandeel van de verschillende factoren te verkleinen of juist vergroten, is het mogelijk dat daardoor de effectiviteit van de jeugdzorg niet uitkomt op een effectgrootte van 0,40 of 0,70, maar veel hoger. Daarom is het verstandig om te streven naar zowel versterking van de algemeen werkzame factoren als een goede toepassing van specifieke methodieken.

Specialisten en generalisten

Om die hoge effectgrootte te bereiken is het belangrijk dat beroepskrachten goed worden opgeleid in de algemeen werkzame factoren van de hulp en in het inzetten van specifieke methodieken. Dat is een open deur in het geval van de specialisten in de jeugdzorg, die zich richten op de behandeling van multiprobleemgezinnen, kinderen met angsten of depressies, ADHD en dergelijke. Zij weten welke specifieke methoden en technieken ze moeten toepassen bij die problemen.

Maar er zijn in de jeugdzorg ook generalisten, zoals beroepskrachten die kortdurende ambulante hulp verlenen en groepsopvoeders in residentiële instellingen. Het idee kan bestaan dat zij vooral goed opgeleid moeten zijn in de algemeen werkzame factoren. Dat geeft hen immers een stevige basis als algemeen hulpverlener. Het is echter te betwijfelen of die generalisten in dat geval over een voldoende handelingsrepertoire beschikken om goed in te gaan op veelvoorkomende vragen en problemen van hun cliënten. Het gaat dan bijvoorbeeld om omgaan met lastig gedrag en gedragsproblemen, het naleven van regels door pubers, het oplossen van conflicten tussen ouders en kinderen en het voorkomen dat kinderen door een echtscheiding in de knel komen. Kinderen en opvoeders hebben weinig aan hulpverleners die dit soort vragen alleen oppakken op basis van algemeen werkzame hulpverleningsprincipes, gezond verstand en eigen ervaring.

Algemene hulpverleningsprincipes zijn breed, maar hebben niet de diepgang die inhoudelijke vragen vereisen. Gezond verstand en eigen ervaring reiken niet verder dan de persoonlijke horizon van de hulpverlener. Hulpverleners die te maken krijgen met specifieke, veelvoorkomende vragen en problemen moeten beschikken over een

handelingsrepertoire waarin kennis over een effectieve hulp is verpakt. Dat maakt hen tot generalisten die een effectief en professioneel antwoord kunnen geven op die veelvoorkomende hulpvragen.

Concreet betekent dit dat zij in hun beroepsopleiding geschoold moeten zijn in de interventies die passen bij die hulpvragen: duidelijk advies aan ouders over de *do's and don'ts* bij de aanpak van gedragsproblemen van hun kind, training om gezinnen te leren goed om te gaan met onderlinge conflicten, *et cetera*. Anders gezegd, een goede hulpverlening bestaat niet alleen uit een hoge kwaliteit van de hulpverlener, maar ook uit een goede inhoudelijke kwaliteit van de interventies die hij of zij toepast. Dat geldt niet alleen voor specialisten, maar ook voor generalisten.

Dit artikel is downloadbaar via www.jeugdenco.nl > Archief > Kennis tijdschrift > 2010 > Inhoudsopgave Kennis nummer 2 - 2010.

Het artikel is gebaseerd op de literatuurstudie *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*.

Yperen, T.A. van, Steege, M. van der, Addink, A. & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. Utrecht, Nederlands Jeugdinstituut. Te downloaden via www.nji.nl/publicaties > Jeugdzorg.

Verder lezen

Ackerman, S.J., & Hilsenroth, M.J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, jaargang 23, nummer 1, pagina 1-33.

Ahn, H. & Wampold, B.E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, jaargang 48, nummer 3, pagina 251-257.

Asay, T. P. & Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. In: Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (red.). *The heart and soul of change. What works in therapy*. Washington, American Psychological Association.

Carr, A. (2009). Common factors in psychotherapy. In: Carr, A. *What Works with children, adolescents, and adults? A review of research on the effectiveness of psychotherapy*. New York, Routledge.

Lambert, M.J., Whipple, J.L., Hawkins, E.J., Vermeersch, D.A., Nielsen, L.S. & Smart, D.W. (2003). Is it time for clinicians to routinely track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical psychology: Science and Practice*, jaargang 10, nummer 3, pagina 288-301.

Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and

- eclectic therapists. In: J.C. Norcross & M.R. Goldfield (red.). *Handbook of psychotherapy integration*. New York, Basic Books.
- Matthys, W. & Lochman, J. (2010). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. Chichester, Wiley-Blackwell.
- Pijnenburg, H. (2010). Zorgen dat het werkt. In: H. Pijnenburg (red.), *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd*. Amsterdam, SWP.
- Sprenkle, D.H. & Blow, A.J. (2006). Gemeenschappelijke factoren en onze heilige modellen. *Gezinstherapie*, jaargang 17, nummer 3, pagina 221-252.
- Stams, G.J.J.M., Buist, K.L., Dekovic, M. & Kroon, I.F.I. (2005). Ouderparticipatie, therapeutische alliantie en gedragsproblemen van het kind in dagbehandeling. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 44, nummer 2, pagina 51-59.
- 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*, jaargang 7, nummer 3, pagina 273-290.
- Thomas, M.L. (2006). The contributing factors of change in a therapeutic process. *Contemporary Family Therapy: An international journal*, jaargang 28, nummer 2, pagina 201-210.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. London, Lawrence Erlbaum.
- Weisz, J.R., Weiss, B., Han, S.S., Granger, D.A. & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, jaargang 117, nummer 3, pagina 450-468.
- Yperen, T.A. van (2005). Hoe effectief is de jeugdzorgpraktijk? *Kind en Adolescent*, jaargang 26, nummer 2, pagina 255-257.

Tom van Yperen (t.vanyperen@nji.nl) is expert jeugdzaken bij het Nederlands Jeugdinstituut en bijzonder hoogleraar Onderzoek en Ontwikkeling Effectieve Jeugdzorg aan de Universiteit Utrecht.

Mariska van der Steege (m.vandersteege@nji.nl) werkt bij de afdeling Jeugdzorg & Opvoedhulp van het Nederlands Jeugdinstituut.