

2009

KC-RAPPORT

**Het beschrijven, evalueren
en verspreiden van
behandelingsmethodieken
en -technieken in de
Vlaamse Welzijnsector**

**Een wetenschappelijke stand van zaken
gerelateerd aan het
Vlaamse zorglandschap**

Sofie De Smet

Kenniscentrum WVG
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Vlaamse overheid



INHOUD

1	INLEIDING	3
2	LITERATUURSTUDIE.....	6
2.1	Protocollering, een parafraserende verkenning	6
2.2	Protocollering en secundair gewin	7
2.2.1	Transparantie	7
2.2.2	Technisch professionalisme.....	7
2.2.3	Relatievorming	9
2.2.4	Tevredenheid	9
2.2.5	Prognose.....	10
2.3	Valkuilen.....	10
2.4	Op actie vanuit het beleid volgt reactie in de praktijk.....	11
2.5	Protocolontwikkeling: een plan van aanpak	13
2.5.1	Optimaliseren van het methodisch handelen	13
2.5.2	Gericht op nauwkeurige, doelmatige en doeltreffende hulpverlening	14
2.5.3	Rekening houdend met de beleidsmatige en organisatorische achtergrond van de zorgvoorziening	14
2.5.4	Uitvoering door de intermediairs zelf	14
2.5.5	Volgens een projectmatige werkwijze	15
2.5.6	Gericht op één bepaalde hulpvraag of doelgroep	17
2.5.7	Op grond van een (niet altijd geëxpliciteerde) praktijktheorie	17
2.5.8	Vanuit persoonlijke en beroepsmatige waarden en normen	17
2.5.9	Rekening houdend met de eisen van het beroep	18
2.5.10	Op grond van min of meer expliciete criteria	18
2.5.11	Focus op overdraagbare, nieuwe kennis	19
2.5.12	Besluit	19
2.6	Wetenschappelijk onderbouwde legitimering van behandelings-methodieken en -technieken.....	19
2.6.1	Bottom-up effectonderzoek	20
2.6.1.1	Definitie	20
2.6.1.2	Uitvoering	21
2.6.1.3	Doel	21
2.6.1.4	Ladder van bottom-up effectonderzoek.....	21

2.6.1.5	Een erkennings- en beoordelingscommissie	26
2.6.2	Top-down effectonderzoek	26
2.6.2.1	Omschrijving	26
2.6.2.2	Researchdesign	27
2.6.2.3	Validiteit	28
2.6.2.4	Kostenplaatje	29
2.6.3	Overbrugging van een kloof.....	29
2.6.4	Het meten van uitkomsten	30
2.6.4.1	Veranderings- en doelrealisatieonderzoek.....	30
2.6.4.2	Tevredenheidsonderzoek	33
2.6.4.3	Expertoordeel.....	34
2.6.4.4	Integratie van metingen	34
2.7	Verspreiding van succesvolle behandelingswerkvormen	35
2.7.1	Eigenaarschap.....	35
2.7.2	Marktprincipe versus onbezoldigd delen van methodieken.....	36
2.7.2.1	Intermediairgericht.....	36
2.7.2.2	Cliëntgericht	36
2.7.3	Borging van behandelingsmethodieken en –technieken	37
2.8	Van een innoverend zorgvernieuwingsidee vanuit het beleid naar een innoverend zorg- vernieuwingsproject in de praktijk: plan van aanpak voor een succesvolle implementatie	37
2.8.1	Implementatie binnen een weerbarstig veld	37
2.8.2	Strategieën ter bevordering van het beschrijven, verspreiden en in gebruik nemen van behandelingsmethodieken en –technieken	39
2.8.2.1	Counteren van negatieve/pessimistische attitudes ten opzichte van het beleidsgestuurde protocolleringsproject	39
2.8.2.2	Ontwikkelen van vaardigheden en kennis om het zorgvernieuwings- project gedegen uit te voeren	45
2.8.2.3	Verlenen van noodzakelijke en aanvullende voorwaarden voor het implementeren van een zorgvernieuwingsproject.....	46
3	REFERENTIES.....	49

1 INLEIDING

Bij het begin van de huidige legislatuur (2004-2009) stelde de Vlaamse Regering zich tot doel om Vlaanderen op het niveau te brengen van de Europese topregio's. Om deze ambitie waar te maken, hielden de Vlaamse regeringsleiders op 11 juli 2006 het 'Vlaanderen in Actie'-plan (VIA) boven de doopvont. Binnen dit VIA-plan kreeg elk beleidsdomein de opdracht om door middel van projecten een impuls te geven aan de sociaal-economische draagkracht van Vlaanderen. Om hiertoe haar steentje bij te dragen, werd het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin uitgedaagd om de creativiteit en innovaties op het vlak van welzijn en gezondheid te expliciteren (Vlaamse Regering, 2006a, 2006b). Dat betekent concreet: het zichtbaar maken van de schat aan praktijkkennis en –ervaring die aanwezig is binnen het werkveld, en dit onder de vorm van behandelingsmethodieken en –technieken. Bedoeling is deze kennis en expertise te kunnen delen en zo beter te laten renderen. Het aantonen van de werkzaamheid van de gebruikte methodieken en technieken is daaraan gekoppeld.

Voor de beleidskeuze om te streven naar meer transparantie in het interventieaanbod en de effecten ervan, zijn er verschillende argumenten.

Wanneer men het heeft over de kwaliteit van de Vlaamse zorg, wordt vaak uitsluitend de link gemaakt met de organisatie van de zorg. Dat maakt dat bijvoorbeeld in de media de zorgkwaliteit vaak beoordeeld én afgerekend wordt op de wachtlijsten of op de beperkte werkingsmiddelen. Maar eigenlijk is het onheus dat deze eerder oppervlakkige kwaliteitsindicatoren zo zwaar doorwegen op de globale taxatie van de kwaliteit van de zorg. Want ondanks zonder meer beperkte tijd en/of middelen slagen onze Vlaamse hulpverleners er jaarlijks in om duizenden cliënten succesvol te begeleiden of te behandelen. We hebben er evenwel weinig zicht op met welke behandelingsmethodieken en –technieken hulpverleners dergelijke positieve resultaten realiseren. De onoverzichtelijke en ondoorgrondelijke wildgroei ervan binnen de Vlaamse welzijns- en gezondheidssector is hiervan een oorzaak (van de Veire, Beuselinck, & Braet, 2003; van Yperen, 2004; Grietens, Vanderfaellie, & Hellinckx, 2005).

Bovenop deze verscholenheid hebben voorzieningen, cliënten en overheid vaak geen inzicht in de werkzaamheid van de behandelingsmethodieken en –technieken die worden gehanteerd (van Yperen, 2003; Van der Ploeg & Scholte, in Veerman, 2004; Vlaskamp, Poppes, & Zijlstra, 2005; van Yperen, Veerman, Bijl, Ooms, & Roosma, 2006; Senten, 2007). Nochtans is de vraag naar “verantwoording” van het aanbod een erg actueel thema. Cliënten laten zich tegenwoordig minder bevoogden, maar profileren zich meer en meer als kritische en selectieve consumenten (Diest, Wijngaarden, & Wennink, 2002; Walburg, 2003; Migchelbrink, 2005; Van Nuffel, 2007; Wennink, 2007). Deze houding leidt er ondermeer toe dat cliënten meer eisen aan de geleverde hulpverlening durven stellen. Ook binnen het Vlaamse welzijns- en gezondheidsbeleid staat “verantwoording” al lang op de agenda. Al sinds 1997, met de komst van

het kwaliteitsdecreet, heeft de Vlaamse Overheid de voorzieningen geresponsabiliseerd om continu de kwaliteit van de zorg te bewaken én te optimaliseren. Voorzieningen maken sindsdien zelfstandig werk van een kwaliteitsbeleid. Maar omdat de Vlaamse Overheid effectiviteit niet expliciet poneerde als essentieel in het uitbouwen van een kwaliteitsbeleid, resulteerde dit tot dusver niet in het systematisch evalueren en expliciteren van het aangewende aanbod aan behandelingsmethodieken en –technieken. Doch met de intrede van het effectiviteitsparadigma in het sociaal werk, vindt deze praktijk steeds meer ingang in de invulling van het kwaliteitsdecreet.

Om een meer geordend zicht te krijgen op de in Vlaanderen gehanteerde behandelingsmethodieken en –technieken én de intrinsieke kwaliteit ervan, beogen en bepleiten we als Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een cultuur van explicitering en evaluatie. Een methode die kan bijdragen tot deze doelstelling is het protocolleren en verder onderbouwen van de deskundigheid en creativiteit van hulpverleners, zoals neergeslagen in hun behandelingsmethodieken en –technieken.

Voor de uitwerking van deze beleidsintentie, hebben we een stapsgewijs verloop voor ogen.

In een eerste fase voerde onze collega, Sofie De Smet, van ons Kenniscentrum een literatuurstudie uit. Deze levert een overzicht van de wetenschappelijke inzichten en opvattingen over het expliciteren, het evalueren en het delen van behandelingsmethodieken en –technieken.

In een tweede fase opteerden we ervoor om de Vlaamse welzijns- en gezondheidssector kennis te laten maken met de thematiek. In de eerste plaats door middel van een studiedag. Op 27 november 2008 organiseerde het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin het symposium “Protocolleren in de Vlaamse welzijns- en gezondheidssector”. 132 praktijkwerkers, academici, vertegenwoordigers van sectorale en thematische steunpunten en beleidsmensen maakten er, via lezingen en workshops, vanuit theoretisch en praktijkgericht oogpunt kennis met het protocolleren en wetenschappelijk onderbouwen van behandelingsmethodieken en –technieken. Een panelgesprek en de informele pauzes leverden interessante en bruikbare discussies en reflecties op over de relevantie, het hoe en waarom van het protocolleren en onderbouwen van het Vlaamse interventieaanbod.

Op vraag van verschillende deelnemers publiceren we nu de voor u liggende literatuurstudie en bijhorende referentielijst van het Kenniscentrum. We hopen dat deze studie u een integrale en genuanceerde kijk biedt op de mogelijkheden en krachten, maar ook op de valkuilen van het beschrijven, evalueren en verspreiden van behandelingsinterventies.

In een volgende fase zal het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin de beoogde cultuur van expliciteren en evalueren van behandelingsmethodieken en –technieken stapsgewijs verder vorm geven. We zullen ons hiervoor baseren op de wetenschappelijke basis

uit het rapport, maar evenzeer op de reflecties, bemerkingen, ervaringen en adviezen die we oppikten op het symposium, bij deskundigen en van u, de lezer.

We wensen u alvast veel leesgenot toe!

Marc Morris

Secretaris-generaal Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

2.1 Protocollering, een parafraserende verkenning

Uit literatuuronderzoek kunnen we een veelheid aan definities en omschrijvingen van het begrip protocol weerhouden. We starten dan ook met een overzicht van de belangrijkste omschrijvingen.

Vooreerst beginnen we met een taalkundige definiëring door het Van Dale woordenboek (2007, <http://www.vandale.nl/opzoeken/woordenboek/?zoekwoord=protocol>). Deze omschrijft het begrip protocol als *‘een geheel van regels, voorschriften en afspraken’*.

De definiëring van Steman en Zomerplaag (1995, p.5) klinkt als volgt: *‘een protocol is een concrete, methodische leidraad die aangeeft welke handelingen in welke volgorde en onder welke omstandigheden verricht moeten worden’*.

Van de Veire, Beuselink en Braet (2003, p.6) bakenen een protocol af als *‘een soort draaiboek dat de aanpak van een probleem beschrijft en zegt welke stappen de hulpverlener moet zetten’*.

Kobus en Carlier (in Brandsma & Wams, s.d., p.3) hebben het over een verrichtingen- of taakprotocol, en bepalen dit als *‘een concreet stappenplan voor het uitvoeren van handelingen door de hulpverlener’*.

Na synthese van de gemeenschappelijke kenmerken uit deze verschillende omschrijvingen, trachten we een eigen parafrase van het begrip protocol te construeren. We stellen vast dat verschillende onderzoekers een protocol afbakenen als een soort draaiboek (Veerman, 1993; Steman & Zomerplaag, 1995; Visser, 1996; Verbeek, 1997; Hermans, 2001; Braet, 2003; Van de Veire et al., 2003; Keijsers, van Minnen, & Hoogduin, 2004; van Yperen, 2004; Brouwer, 2005; Kobus & Carlier, in Brandsma & Wams, s.d.). Dit draaiboek biedt een gestructureerde, systematische, logische en concrete leidraad om handelingen binnen het hulpverleningsproces – gericht op een welomschreven problematiek – zo concreet en stapsgewijs mogelijk te kunnen uitvoeren (Steman & Zomerplaag, 1995; van Daalen & Hondius, 1996; Visser, 1996; Verbeek, 1997; Hoogduin & Schaap, in Prins & Pameijer, 2000; Hermans, 2001; Braet, 2003; Van de Veire et al., 2003; Keijsers et al., 2004; Brouwer, 2005; Vlaams agentschap voor personen met een handicap, 2006; van den Berg & de Graaf, 2007; Schippers, in Brandsma & Wams, s.d.; Kobus & Carlier, in Brandsma & Wams, s.d.; Vlaamse Regering, s.d.).

2.2 Protocollering en secundair gewin

Het protocolleren van succesvol geëvalueerde behandelingsprogramma's kan vooreerst de gelegenheid creëren om de zorgkwaliteit van het Vlaamse hulpverleningsaanbod te onderstrepen, en deze programma's ter beschikking te stellen van collega-intermediairs (Dooper, 2007; Vlaamse Regering, s.d.). Daarbovenop kan het project bijkomende voordelen opleveren voor zowel overheid, zorgaanbieders als cliënten.

2.2.1 Transparantie

Met het protocolleren van methodieken die zorgvoorzieningen doorheen hun dagelijkse ervaring en deskundigheid hebben uitgewerkt, kunnen we een antwoord bieden op het black box-gevoel dat zowel overheid, intermediairs als cliënten vaak hebben bij het functioneren van de zorgsector (Bijl, 1996; Veerman, 1997; Walburg, 2003; Wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid, 2004; Vos, 2007; Van Nuffel, 2007). Hiermee bedoelen we dat geen van de drie vermelde partijen een degelijk zicht heeft op de omvangrijke en kwaliteitsvolle body of knowledge die binnen het zorglandschap aanwezig is (Veerman, 1985, 1993, 1997, 2003; Jansen, Schüller, Oud, & Arends, 1995; Wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid, 2004). De onoverzichtelijke wildgroei aan hulpverleningsmethodieken is hier één van de voornaamste boosdoeners (van den Hout, 1994; Verburg, Schene, & van Yperen, 1999; Geddes & Wesely, 2000; Nugter, 2000; Harteloh & Casparie, 2001; Van de Veire et al., 2003; Braet, 2003; van Yperen, 2004; Wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid, 2004; Grietens, Vanderfaellie, & Hellinckx, 2005). Het beschrijven van behandelingsprogramma's zou een eerste stap kunnen zijn in het terugdringen van deze wanorde (Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, 2003) en het optimaliseren van het inzicht van zowel overheid, cliënten als hulpverleners in het functioneren van de zorgsector (van Daalen & Hondius, 1996; Wilson, 1996; van Yperen, in van Yperen & van Rest, 1998; Verburg et al., 1999; Van de Veire et al., 2003; Grietens, Maes, De Cock, & Sniekers, 2004).

2.2.2 Technisch professionalisme

Het gebruiksklaar maken van de opgebouwde expertise van collega-hulpverleners kan een handig instrument zijn voor hulpverleners in opleiding of pas in het vak. Al in de professionele en academische opleidingen kunnen geprotocolleerde interventies aan studenten aangeleerd worden, opdat ze op die manier een minimaal niveau van klinische en technische bekwaamheid verwerven (Zarin, Pincus, & McIntyre, 1993). Deze kan hen bijstaan bij de instap in het werkveld.

Maar zelfs voor ervaren hulpverleners met een lange staat van dienst, kunnen geprotocolleerde behandelingsmethodieken bruikbare tools zijn. Het gebeurt immers dat hulpverleners, elk

met hun eigen ervaring en expertise, geconfronteerd worden met erg complexe en uiteenlopende problematieken of hulpvragen waar ze niet altijd een even adequaat antwoord op weten. Vaak behandelen intermediairs deze hulpvragen door middel van daartoe intuïtief geschikt geachte interventietechnieken, maar daarbij voelen ze soms eveneens intuïtief aan dat dit handelen bij sommige cliënten niet het gewenste effect sorteert (Bijl & Van den Bogaart, 1992; van Yperen, 2003, 2006; Van der Ploeg & Scholte, in Veerman, 2004; Vlaskamp, Poppes, & Zijlstra, 2005; van Yperen, Veerman, Bijl, Ooms, & Roosma, 2006; Senten, 2007). Bijkomend constateren vele praktijkwerkers dat de zorgvraag toeneemt en zelfs verandert. Hoewel vele intermediairs ook daar aanvoelen dat hun behandelingsprogramma's niet altijd toereikend zijn, toch blijven ze ermee verder ploeteren (Mesman Shultz, van Gageldonk, & Messing, 1997; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1999; Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2006). Gebrek aan kennis en expertise van andere succesvolle behandelingsmethodieken, kan hiervan gedeeltelijk de oorzaak zijn. Om te vermijden dat hulpverleners telkens opnieuw het wiel moeten uitvinden, kunnen geprotocolleerde behandelingsmethodieken in dergelijke situaties soms wel een handige, maar daarom geen absoluut heilige gids zijn (van Gageldonk & Bartels, 1991; Giddens, in van der Kamp, van Houten, van der Laan, Wolf, Hesser, & de Bie, 1993; Steman & Zomerplaat, 1995; Visser, 1996; Wilson, 1996; van Yperen & van Rest, 1998; Dijkhuis, in Van Kalmthout, 2000; Braet, 2003; Stichting patiëntenvertrouwenspersoon geestelijke gezondheidszorg, 2003; Van de Veire et al., 2003; Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2004, 2007; Veerman, 2004; Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, 2005a, 2005b; Stoopendaal & Kröber, 2006; Vlaamse regering, 2006a; Nederlands jeugdinstituut, s.d.).

Via dergelijk duidelijk gesystematiseerd behandelingsstappenplan krijgen intermediairs een stevige houvast en steun aangeboden. Deze kan hen bijstaan in het nemen van beslissingen gedurende het hulpverleningsproces (Zarin et al., 1993; Vermeire, 2000; Franx, Eland, & Verburg, 2002; Didsbury, 2003; Mercx, 2003; Scottish intercollegiate guidelines network, 2004; American Psychiatric Association, 2006; Ministry of Education, 2007) en het vermijden van klinische dwalingen of fouten (Steman & Zomerplaat, 1995; Halkes, 1996; van Daalen & Hondius, 1996; Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, 2002). Gebruikmaking van geprotocolleerde behandelingsmethodieken creëert ook ruimte voor supervisie en feedback over het hulpverlenend handelen, waardoor de hulpverlener zijn klinische en/of technische bekwaamheid continu kan monitoren en indien nodig bijschaven (Braet, 2003; Steman & Zomerplaat, 1995).

Kortom, in die gevallen waar praktijkwerkers kampen met onzekerheid of ontevredenheid over de effecten van hun hulpverlenend handelen, kan gebruikmaking van de succesvolle behandelingsmethodieken van collega's de realisatie van een nog meer professionele en productiegerichte hulpverlening betekenen (Stichting patiëntenvertrouwenspersoon geestelijke gezondheidszorg, 2003; Van de Veire et al., 2003; Brouwer, 2005).

2.2.3 Relatievorming

Uit literatuurgegevens van Wilson (1996) en Braet (2003) leiden we af dat hulpverleners die werken aan de hand van een geprotocolleerde behandelingsmethodiek die ze goed onder de knie hebben, meer tijd en ruimte hebben om een kwaliteitsvolle alliantie met de cliënt uit te bouwen. Aangezien de hulpverlener zich het technische procédé van de behandelingstechniek heeft eigen gemaakt, heeft hij of zij immers meer oog voor bepaalde relationele aspecten zoals de emotionele noden en wensen van de cliënt. Deze ruimte voor relatievorming en gebruik van motiverende technieken zijn tenslotte ook uiterst waardevolle ingrediënten die het succes van een interventie mee beïnvloeden (van Yperen, 2004; Groen, Ooms, & Loeffen, 2005; Hermanns, Öry, & Schrijvers, 2005; Lauteslager, 2006). Wampold (in Leijssen, 2003), Lauteslager (2006) en Keymolen en Casselman (2007) onderstrepen deze bewering met onderzoeksgegevens die aanwijzen dat de relatie tussen hulpverlener en cliënt, in vergelijking tot de specifieke interventie, verantwoordelijk is voor een groter deel van de variantie in behandelingsresultaten.

2.2.4 Tevredenheid

Het expliciteren en naar buiten brengen van de veelheid aan bestaande behandelingsmethodieken en –technieken binnen het Vlaamse praktijkveld, zou positief kunnen bijdragen aan de tevredenheid van verschillende betrokkenen. Kennis van het hulpverleningsaanbod zou in de eerste plaats tegemoet kunnen komen aan de nieuwe, hulpvragende houding van de cliënt. Deze laat zich actueel minder bevoogden, maar profileert zich als een kritisch en selecterend consument (van den Hout, 1994; Kanters & Verbeek, 1995; Diest, Wijngaarden, & Wennink, 2002; Walburg, 2003; Migchelbrink, 2005; Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2006; Van Nuffel, 2007; Wennink, 2007).

Ook zou het de jobtevredenheid van intermediairs ten gunste kunnen komen. Mogelijkheid tot het gebruiken van extern geprotocolleerde, werkzame technieken, kan hulpverleners toelaten om cliënten professioneler te helpen, en daardoor meer voldoening te scheppen. Eveneens kan inzicht in het aanbod aan behandelingsprogramma's eventuele doorverwijzingen naar daarin deskundige hulpverleningsentiteiten versoepelen (van Yperen & van Rest, 1998; Verburg et al., 1999; Grietens et al., 2004).

Tot slot kan de beschikbaarheid van geprotocolleerde behandelingsmethodieken en –technieken de communicatie en ervaringsuitwisseling tussen en binnen cliënten en hulpverleners vereenvoudigen (Steman & Zomerplaag, 1995; van Daalen & Hondius, 1996; Prins & Pameijer, 2000; Autrique, Vanderplasschen, Pham, Broekaert, & Sabbe, s.d.).

2.2.5 Prognose

Keijsers et al. (2004) dragen ten slotte aan dat wetenschappelijk onderzochte protocollaire behandelingen de mogelijkheid bieden om een aantal uitkomstvoorspellingen te doen. Wanneer na de diagnostische cyclus immers blijkt dat een cliënt voldoet aan de gemiddelde doelgroep waarop het protocol zich richt, dan kan de behandelaar de cliënt bijvoorbeeld op de hoogte brengen van de aannemelijke kansen op verbetering.

2.3 Valkuilen

Elk innovatief plan heeft naast krachtige mogelijkheden een aantal potentiële valkuilen. Ook het protocolleringsproject kan een aantal risicovolle 'neveneffecten' inhouden als we niet kritisch het integrale project implementeren. We formuleren hier een aantal van de voornaamste reserves.

Ten eerste raden verschillende onderzoekers intermediairs ten stelligste af om een geprotocolleerde behandelingsmethodiek uitsluitend te hanteren op basis van een oppervlakkige, beschrijvende diagnose van de hulpverleningsvraag van de cliënt (cfr. DSM-diagnose) (Wilson, 1996; Hermans, 2001; Braet, 2003; Didsbury, 2003; Van de Veire et al., 2003; Keijsers et al., 2004; American psychological association, 2005a, 2005b; Brouwer, 2005). Aan de basis van een zelfde beschrijvende diagnose kan immers een andere contextgeschiedenis – een constellatie van antecedenten en consequenten – liggen, die op haar beurt een andere behandelingsaanpak vereist. Een grondige assessment van de aanmeldingsklacht is dus onontbeerlijk om het succes op matching met een bijpassende protocol te verhogen (Keijsers et al., 2004; Brouwer, 2005). Bepaalde organisatorische kwaliteitsaspecten zoals wachtlijsten kunnen op hun beurt evenwel verhinderen dat het geïndiceerde hulpaanbod kan worden aangeboden.

Ten tweede bestaat de dreiging dat hulpverleners die gebruik maken van een protocol zo worden opgeslorpt door het zo nauwkeurig mogelijk willen uitvoeren van het hulpverleningsprocédé, dat ze het doel van het hulpverleningsproces, het proberen realiseren van de hulpvraag van de cliënt, uit het oog verliezen (Steman & Zomerplaag, 1995; van Ijzendoorn & van der Laan, 1996; Vlaams agentschap voor personen met een handicap, 2006).

Tot slot schuilt het grootste gevaar erin dat hulpverleners geprotocolleerde behandelingsmethodieken gaan interpreteren en gebruiken als een heilige koe, die bij elke patiënt succesvol zou aanslaan (Zarin et al., 1993; Swinkels, 1994; Steman & Zomerplaag, 1995; van Daalen & Hondius, 1996; van Yperen, in van Yperen & van Rest, 1998; Jorritsma, 2001; Tunnard, 2001; Franx et al., 2002; Braet, 2003; Stichting patiëntenvertrouwenspersoon geestelijke gezondheidszorg, 2003; Keijsers et al., 2004; American Psychiatric Association, 2006; Braet, Meerschaert, Merlevede, Bosmans, Van Leeuwen, & De Mey, 2006; Kaasenbrood, van der Werf, &

Hanneman, 2006; Wollersheim et al., in Keymolen & Casselman, 2007). Maar een homogene patiëntengroep is een schijnwerkelijkheid; in de praktijk worden hulpverleners geconfronteerd met problematieken die complex(er) zijn, of waarop geprotocolleerde behandelingstechnieken alsnog geen allesomvattend antwoord kunnen bieden. In de gevallen waarbij de behandeling weinig vorderingen boekt of de cliënt niet voldoet aan het gemiddelde beeld waarop het protocol zich richt, moeten hulpverleners daarom van het meer stapsgewijze gebruik van het protocol durven afstappen, en zich zo creatief, flexibel en individugestuurd mogelijk durven opstellen (Steman & Zomerplaat, 1995; Visser, 1996; Wilson, 1996; Garfield, 1998; van Yperen & van Rest, 1998; Prins & Pameijer, 2000; Jorritsma, 2001; American psychological association, 2002a, 2005b; Franx et al., 2002; van Yperen, 2003; Keijsers et al., 2004; Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, 2004a, 2004b, 2006a; Kaasenbrood et al., 2006; Keymolen & Casselman, 2007; Autrique et al., s.d.). Aangezien we de klinische realiteit dus niet kunnen reduceren tot een behandelprotocol voor elke cliënt en zijn of haar problematiek, raden Braet (2003) en van Yperen (2003) af de welzijnssector te herleiden tot een vast omlijnd en restrictief protocolregister (Braet, 2003).

Evenzeer moeten we er ons van bewust zijn dat het actuele mensbeeld en de tijdsgeest impliciet verwerkt zijn in de uitwerking van een behandelprogramma. Dit is één van de motieven waarom we behandelprotocollen niet mogen beschouwen als tijdloze producten zonder vervaldatum (Atherton, Barratt, & Hodson, 2005; Brandsma & Wams, s.d.). Dergelijke misconceptie zou immers continu noodzakelijk onderzoek naar en ontwikkeling van nieuwe en innovatieve hulpverleningstechnieken afremmen.

2.4 Op actie vanuit het beleid volgt reactie in de praktijk

Innoverende projecten gericht op de hulpverlening lokken in het praktijkveld steeds uiteenlopende reacties uit. Wolf (in van der Kamp et al., 1993) groepeerde de reacties in vier groepen: 1) de optimisten, 2) de weigeraars, 3) de moedelozen en 4) de realisten.

Optimisten kunnen zich vinden in de filosofie van de innovatie-ideeën, en beschouwen deze – in het geval van protocollering – als een bruikbaar houvast gedurende het hulpverleningsproces. Lijnrecht tegenover deze attitude wijzen de weigeraars resoluut en doelbewust het gebruik van geprotocolleerde behandelingsmethodieken af. Moedeloze professionals zijn voornamelijk gefrustreerd over het idee in de toekomst te gaan werken met geprotocolleerde behandelingsprogramma's. Realisten nemen dan weer een meer relativerend standpunt in. Ze staan open voor het gebruik van behandelprotocollen, maar beschouwen deze niet als een magische toverdrank. Ze voeren daarentegen een aantal constructieve bezwaren tegen het gebruik in, voornamelijk wat de eerder vermelde valkuilen en werkpunten van deze hulpverleningsinstrumenten betreffen.

Voor de uiteenlopende reacties van praktijkprofessionals dragen we een aantal mogelijke verklaringen aan.

Gefrustreerdheid en weigering kaderen we ten eerste binnen de weerspanning van praktijkprofessionals. Gastelaars (in van der Ploeg, 2004), van Yperen (2003, 2004) en Zijlstra, Vlaskamp en Poppes (2005) verduidelijken dat hulpverleners tot op heden hun handelingsrepertoire op inhoudelijk en procesmatig vlak vrij kunnen invullen en bepalen. In de praktijk komt dit er volgens Visser (1996), Braet (2003), Keijsers et al. (2004) en Wijgangers en van der Aa (2007) op neer dat intermediairs, vaak als gevolg van een genoten specialisatieopleiding, hun eigen stokpaardjes hanteren. Maar evolueren naar een hulpverlening die, wanneer de problematiek er zich toe leent, gebruik zou maken van protocollen, impliceert dat deze handelingsonafhankelijkheid enigszins zou worden ingeperkt. Ook kunnen we moedeloosheid en weigering interpreteren vanuit de negatieve en mystieke beeldvorming rondom protocollering van de hulpverlening (Visser, 1996; Prins & Pameijer, 2000). Hulpverleners associëren geprotocolleerde behandelingsmethodieken namelijk onterecht met een commanderend en beperkend keurslijf of kookboek (Swinkels, 1994; van Daalen & Hondius, 1996; McIntyre, 2002; Didsbury, 2003; Stoopendaal & Kröber, 2003; Keijsers et al., 2004; van Yperen, 2003, 2004; Brandsma & Wams, s.d.) dat de hulpverlening zou ontmenselijken en bureaucratiseren (Halke, 1996; van Yperen, 2003, 2004).

De realisten nemen enerzijds een meer relativerende, anderzijds een meer kritische houding ten opzichte van geprotocolleerde behandelingsmethodieken in (Visser, 1996). Gezien elke innovatie inderdaad haar potentiële valkuilen heeft, kunnen we deze kritische attitude appreciëren en aanmoedigen. Vogelvang en Vermeiden (2006) motiveren dat intermediairs immers de experts ter plaatse zijn én blijven. We sommen hier hun voornaamste bezwaren op. Ten eerste bedenken praktijkwerkers zich in welke mate geprotocolleerde behandelingsmethoden op de integrale cliëntenpopulatie van toepassing zijn (Schön, in Zandberg, van den Bogaart, Mensman Schultz, van Wijck, Nijhuis, & Groen, 1994; Visser, 1996; Prins & Pameijer, 2000). Ze refereren hierbij aan de comorbiditeit of complexiteit van bepaalde hulpvragen. Hiervoor verwijzen we naar het eerder vermelde advies om een protocol niet blind te hanteren, maar voldoende kritisch na te denken over de toepasbaarheid van het protocol op de individuele cliënt, en indien nodig soepel en inventief om te gaan met de methodiek. Dankzij de complexiteit van de hulpverleningsrealiteit kunnen professionals die gebruik maken van behandelingsprotocollen dus nog voldoende vaak hun zelfreflecterende vermogens en creativiteit aan de dag leggen (Wilson, 1996; American Psychological Association, 2002b; Konijn, Schulze, & Schut, 2007). Ook de extra ruimte die, dankzij meer technisch uitgewerkte behandelingsmethodieken, vrijkomt voor het uitbouwen van een kwaliteitsvolle relatie tussen hulpverlener en cliënt, kan de vrees van praktijkwerkers voor de inperking van hun creativiteit opheffen (Visser, 1996; Prins & Pameijer, 2000; Konijn et al., 2007). Tot slot argumenteren intermediairs dat protocollen weinig tegemoet komen aan de vraaggestuurdheid van de hulpverlening (Visser, 1996; Hermans, 2001). Deze vraaggestuurdheid betekent dat cliënten

hun aangemelde problematiek verminderd willen zien. Maar garandeert een behandeling die zich focust op het unieke van de cliënt het meest uitgesproken behandelingsresultaat? Literatuuronderzoek weerlegt deze stelling. De uitkomsten van standaardbehandelingen die zich richten op het gemeenschappelijke van een problematiek zijn equivalent aan of soms zelfs beter dan de resultaten van individueel toegespitste interventies (Visser, 1996).

2.5 Protocolontwikkeling: een plan van aanpak

Zoals al eerder vermeld, zijn we ervan overtuigd dat binnen de Vlaamse zorgvoorzieningen vaak heel succesvolle behandelingsprogramma's, -methodieken en -technieken ontwikkeld worden. Menig onderzoeker (Van Lieshout, 1982; Slot, in Zandberg et al., 1994; Zandberg et al., 1994; Veerman, 1997, 2004; van Yperen, Van Gastel, & De Jong, 1996; Beutler, 1998; van Yperen et al., 2006) adviseert daarom om deze vanuit de praktijk ontwikkelde bottom-up programma's op een empirisch-analytische wijze zichtbaar uit te tekenen.

Daarnaast vermoeden we dat academici binnen de muren van de Vlaamse universiteiten evenzeer productief zijn op vlak van het uitdenken en ontwikkelen van nieuwe, wetenschappelijk onderbouwde behandelingsinterventies. Weisz en Weisz (in Veerman, 1997) en Veerman, van Yperen, Bijl, Ooms en Roosma (2006a) categoriseren dit type behandelingen als top-down onderzoeksinterventies. In de internationale literatuur worden deze onderzoeksinterventies veelvuldig benoemd als empirically-supported of evidence-based treatments (Beutler, 1998; Borkovec & Castonguay, 1998; Chambless & Hollon, 1998; Garfield, 1998; Kazdin & Weisz, 1998; Nugter, 2000; Franx et al., 2002; Van de Veire et al., 2003; Hermanns et al., 2005; Mahrer, 2005; Leffingwell, 2006; Vogelvang & Vermeiden, 2006).

Bij het protocolleren van behandelingsmethodieken, staan we als overheid open voor het kenbaar en verspreidbaar maken van zowel de praktijkgestuurde methodieken als onderzoeksinterventies. Van der Kamp (in Berkers, 1997) formuleerde een plan van aanpak als leidraad bij het expliciteren van dergelijke behandelingsprogramma's. Hij formuleert 11 richtinggevende criteria, maar deze focussen zich voornamelijk op de protocollering van praktijkgestuurde methodieken en -technieken.

2.5.1 Optimaliseren van het methodisch handelen

We beschouwen het protocolleren van behandelingsprogramma's als de distributie van expertise die onbeslistheid of tekortkomingen in het hulpverlenend handelen van collega-hulpverleners kan terugbrengen.

2.5.2 Gericht op nauwkeurige, doelmatige en doeltreffende hulpverlening

Dit criterium vult aan op het eerste criterium. Nogmaals herhalen we dat het ter beschikking stellen van succesvolle behandelingsmethodieken en –technieken voor sommige hulpverleners een antwoord kan betekenen op het zoeken naar een meer effectieve en/of efficiënte begeleiding van bepaalde hulpvragen of problematieken.

2.5.3 Rekening houdend met de beleidsmatige en organisatorische achtergrond van de zorgvoorziening

Bij het protocolleren van behandelingsprogramma's, dienen de ontwikkelaars steeds de beleidsgestuurde basisregelgeving in te calculeren (bijvoorbeeld decretale beslissingen of algemene bepalingen voor het aanbieden van zorg). Ook de organisatorische inrichting van de zorginstelling waarin de behandelingsmethodiek ontstaan is, dient in rekening te worden gebracht bij de protocollering. We denken hierbij aan contextuele inrichtingsfactoren zoals de werkingsvisie en –principes, en de theoretische inbedding of filosofie van de zorginstelling.

2.5.4 Uitvoering door de intermediairs zelf

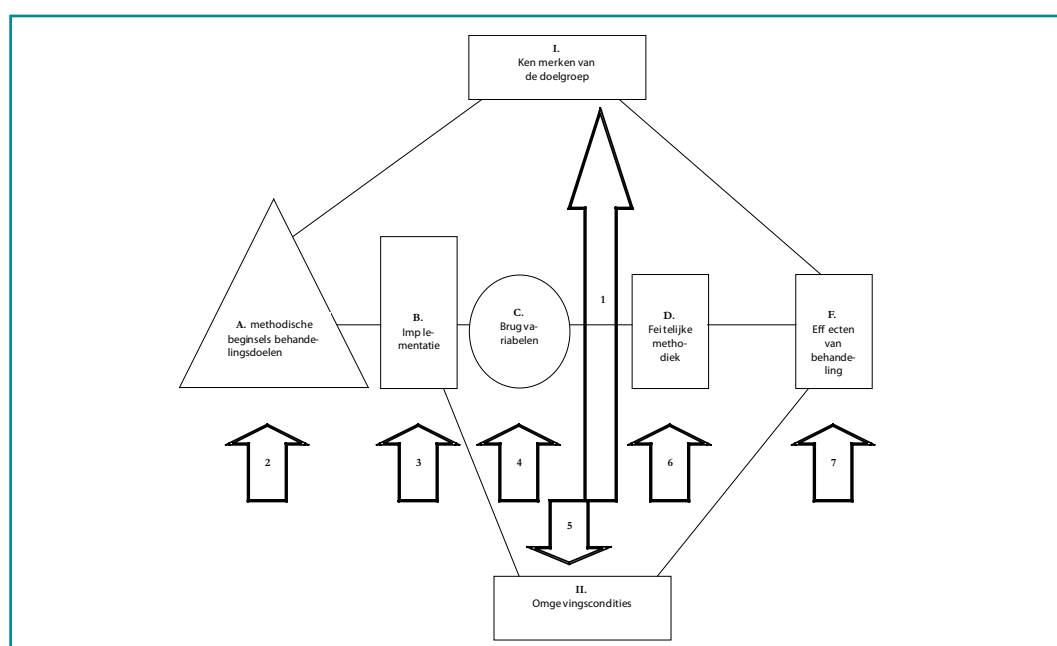
Het protocolleren van behandelingsprogramma's, -technieken of –methodieken is weggelegd voor de hulpverleners of zorgvoorzieningen die deze interventies ontwikkeld hebben. Zij zijn vanuit hun dagdagelijkse ervaring met en totaalkennis van de methodiek het beste geplaatst om de hulpverleningsvorm neer te slaan in een draaiboek dat op een gestructureerde, systematische, logische en concrete wijze uiteenzet welke handelingen binnen het hulpverleningsproces stapsgewijs dienen uitgevoerd te worden (Delamothe, 1993; Steman & Zomerplaat, 1995; van Daalen & Hondius, 1996; Visser, 1996; Verbeek, 1997; Hoogduin & Schaap, in Prins & Pameijer, 2000; Hermans, 2001; Braet, 2003; Van de Veire et al., 2003; Brouwer, 2005; Vlaams agentschap voor personen met een handicap, 2006; van den Berg & de Graaf, 2007; Schippers, in Brandsma & Wams, s.d.; Kobus & Carlier, in Brandsma & Wams, s.d.). Laat men de protocolleringstaak over aan personen die van binnenuit geen of minder ervaring hebben met de methodiek, dan bestaat het risico dat er onnauwkeurigheden of afwijkingen sluipen in de protocollering ervan.

Davison (in Keijsers et al., 2004) raadt ten slotte aan om naast de methodiekontwikkelaars ook de gebruikers, de cliënten, te betrekken bij het protocolleringsproces.

2.5.5 Volgens een projectmatige werkwijze

Het protocolleren van behandelingsmethodieken moet volgens een systematische aanpak gerealiseerd worden (Zijlstra et al., 2005). Mayer en Greenwood (in Zandberg et al., 1994) hebben een model ontworpen dat goed weergeeft hoe men dit projectmatig kan aanvatten.

Figuur 1: Model voor de implementatie van nieuwe methodieken en voor kwaliteitszorg [Mayer & Greenwood, in Zandberg et al., 1994]



Dit model bepleit om bij het beschrijven, evalueren en verspreiden van een behandelingsinterventie op een systematische wijze een aantal opeenvolgende en elkaar beïnvloedende stadia te doorlopen. Te beginnen met het opstellen van een methodisch plan waarin de doelstellingen en de werkwijze van de behandelingsinterventie in kwestie duidelijk worden bepaald (**A**). Dus in een protocol wordt grondig uiteengezet hoe de feitelijke interventie of behandelingsactiviteit volgens een bepaald patroon moet worden uitgevoerd (Steman & Zomerplaaig, 1995; Visser, 1996; Verbeek, 1997; Kobus & Carlier, in Verbeek, 1997; van Yperen & van Rest, 1998; Braet, 2003; Van de Veire et al., 2003; Van der Ploeg, 2004; Veerman, 2004; De Mey, 2005; Veerman et al., 2006a; Nederlands jeugdinstituut, s.d.), aangevuld met de benodigde werkingsmaterialen (van Yperen & van Rest, 1998; Nederlands jeugdinstituut, s.d.). De kennis en ideeën die men heeft over de doelgroep waartoe de behandelingstechniek zich richt, nemen de protocolontwikkelaars hierbij als uitgangspunt.

Het nauwkeurig beschrijven van dit uitvoerige plan zou moeten resulteren in de effecten die men voor de doelgroep voorop gesteld heeft (**F**). Mayer en Greenwood (in Zandberg

et al., 1994) gaan er echter van uit dat een aantal factoren het al dan niet bereiken van deze gewenste uitkomsten kunnen beïnvloeden. Ze halen als voorbeeld aan dat bepaalde protocolgebruikers zich niet houden aan de functie-eisen zoals beschreven in het methodeplan (bijvoorbeeld het ontbreken van de noodzakelijke organisatorische en materiële voorwaarden) **(B)**.

De aanwezigheid van de noodzakelijke condities voor een gedegen ingebruikname van het protocol vormt een goede basis voor de volgende stap, het feitelijke gebruik van het protocol **(D)**. Maar zelfs wanneer een degelijk methodisch plan werd opgesteld én de nodige implementatiecondities werden voorzien, dan nog bestaat het risico dat een aantal brugvariabelen interveniëren in een goed protocolgebruik (bijvoorbeeld weigering van intermediairs om de methodiek zoals beschreven te hanteren) **(C)**.

We kunnen besluiten dat het centrale proces – de stadia A tot en met D – in grote mate het bereiken van de vooropgestelde effecten **(F)** beïnvloedt. Daarnaast zijn er echter nog twee bijkomstige externe variabelen die een al dan niet gunstige invloed kunnen hebben op de geambieerde doelen, namelijk de kenmerken van de feitelijke doelgroep waarop men het protocol toepast **(I)** en kenmerken van de omgeving waarin met het protocol hanteert **(II)**.

Wanneer een particuliere zorginstelling op deze gesystematiseerde werkwijze een behandelingsmethodiek heeft geprotocolleerd, mogen we deze nog niet beschouwen als een gebruiksklaar product dat op een grote schaal mag worden verspreid. De status van het protocol beperkt zich in dit stadium immers tot een prototype (Zandberg et al., 1994) dat eerst op beperkte schaal (bijvoorbeeld in een beperkt aantal externe zorginstellingen) moet worden beproefd (Bijl, 1996; Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2003; Stichting patiëntenvertrouwenspersoon geestelijke gezondheidszorg, 2003; van Everdingen, Bugers, Assendelft, Swinkels, Barneveld, & van de Klundert, 2004; van Yperen & Bakker, 2008). Deze beproeving houdt ondermeer in dat de protocolontwikkelaars op elk van de door een pijl aangewezen gebieden gegevens verzamelen om te toetsen of de interventie wel degelijk de gewenste effecten behaalt en wat mogelijke oorzaken zijn van eventueel succes of tekortschieten.

Zelfs nadat aan de hand van deze voorhoedebeproeving het protocol klaar is gebleken voor gebruik op grote schaal, staat de ontwikkelaars van geprotocolleerde behandelingsmethodieken nog een belangrijke monitorfunctie te wachten. Methodiekontwerpers zijn genooddaakt om op regelmatige basis de werking en de resultaten van hun techniek te evalueren en bij te sturen (Abrahamsen, van den Beemt, & van Rulo, 1992; van Lieshout, 1992; van Yperen & van Rest, 1998; Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, 2002, 2007a; Ministry of Health, 2002; van Everdingen et al., 2004; van Yperen & Bakker, 2008). Ten eerste horen ze hun interventie geregeld bij te stellen op basis van de praktijkervaringen en aanmerkingen van intermediairs en cliënten (van Lieshout, 1992; Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijn-

ontwikkeling, 2002; van Everdingen et al., 2004; Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2007; Rutjes & Pehlivan, 2007; van Yperen & Bakker, 2008). Ten tweede dienen ze hun methodiek continu bij te werken op basis van recente wetenschappelijke inzichten (Shekelle, Eccles, Grimshaw, & Woolf, 2001; Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2007). Deze kunnen de ontwikkelaars verwerven uit (inter)nationale wetenschappelijke literatuur of op basis van het regelmatig wetenschappelijk doorlichten van de methodiekwerking en –uitkomsten.

2.5.6 Gericht op één bepaalde hulpvraag of doelgroep

Methodiekontwikkelaars dienen de problematiek of doelgroep waartoe hun behandelingsprogramma zich richt gedetailleerd te formuleren (van Yperen & van Rest, 1998; De Ruyter, 2001; Van der Ploeg, 2004; van den Bogaart & Mesman Schultz, in Van der Ploeg, 2004; van Everdingen et al., 2004; Veerman, 2004; Ligthart & Van Daal, in Van der Ploeg, 2004; Hermanns et al., 2005; Veerman et al., 2006a; Nederlands jeugdinstituut, s.d.). Dergelijke afbakening functioneert voor toekomstige protocolgebruikers als een inclusie- of exclusiecriteria om te beslissen of een aangemelde cliënt al dan niet met het behandelprotocol geholpen kan worden.

2.5.7 Op grond van een (niet altijd geëxpliciteerde) praktijktheorie

Bij het uitwerken van een behandelprotocol verduidelijken de ontwikkelaars bij voorkeur zelfs de theoretische onderbouw. Het protocol licht haar these over het ontstaan van de te behandelen problematiek, en de correlatie tussen deze problematiek en de geprotocolleerde methodiek, haar doelstellingen en effecten toe (Van Deur, in Van der Kamp et al., 1993; Wilson, in Braet, 2003; Van der Ploeg, 2004; Ligthart & Van Daal, in van der Ploeg, 2004; van den Berg & de Graaf, 2007). Lauteslager (2006) stelt dat deze theoretische motivering over het potentiële werkingsprincipe van een behandelingsmethodiek onontbeerlijk is voor het verzamelen van wetenschappelijke kennis over methodieken.

2.5.8 Vanuit persoonlijke en beroepsmatige waarden en normen

Het protocolleren van een behandelingsmethodiek veronderstelt ook steeds een integratie van de grondhouding die het hulpverlenend handelen binnen de zorgsector typeert. Tot deze grondhouding rekenen we bijvoorbeeld waarden, normen, beroepsethiek, morele maatstaven, inzet, gedrevenheid, empathie en acceptatie (Keijsers et al., 2004).

2.5.9 Rekening houdend met de eisen van het beroep

Braet (2003) maakt er ons attent op dat protocollen die in handen komen van mensen die niet over de nodige beroepsmatige achtergrond en expertise beschikken, een risico kunnen betekenen voor hulpzoekers. Ze beveelt daarom aan dat enkel die intermediairs die na training de noodzakelijke vaardigheden en kennis voor een gedegen methodiekuitvoering hebben verworven, de bevoegdheid krijgen om het protocol te benutten. Om hieraan te voldoen is het weliswaar essentieel dat binnen het protocol gespecificeerd wordt welke specifieke beroepsspecialisatie, kennis of vaardigheden vereist zijn voor de uitvoering van het geprotocolleerde behandelingsprogramma.

2.5.10 Op grond van min of meer expliciete criteria

Een aantal criteria worden geformuleerd voor de presentatie en vormgeving van een geprotocolleerde behandelingsinterventie. Ten eerste moet het behandelingsprogramma alsook de uiteenzetting erover logisch geconstrueerd zijn (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2003; van Everdingen et al., 2004). Ten tweede dient het protocol begrijpelijk en transparant verwoord te zijn (Kobus & Carlier, in Steman & Zomerplaa, 1995; Bijl, 1996; Berkers, 1997; Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2003; Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, 2003, 2005c; van Yperen, 2003; Michie & Johnston, 2004; Zijlstra et al., 2005). Een concrete en heldere uiteenzetting zorgt er immers voor dat toekomstige collega-intermediairs de interventie begrijpen en kunnen doorgronden zonder ingewikkelde berekeningen of interpretaties.

Deze concretisering en helderheid zijn de eerste stappen in de realisatie van het advies van Keijsers et al. (2004) om behandelingen te protocolleren tot gebruiksvriendelijke producten. Want willen protocollaire behandelingen aanzetten tot gebruik, dan moeten ze in de eerste plaats praktisch uitvoerbaar zijn (Kobus & Carlier, in Steman & Zomerplaa, 1995; Keijsers et al., 2004; Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, 2005b; Zijlstra et al., 2005). Dit wordt al deels bewerkstelligd door het methodisch plan te construeren dat specificeert wat de doelstellingen en de werkwijze van de behandelingsinterventie zijn (Steman & Zomerplaa, 1995; Visser, 1996; Verbeek, 1997; Kobus & Carlier, in Verbeek, 1997; Braet, 2003; Van de Veire et al., 2003; Van der Ploeg, 2004; van Everdingen et al., 2004; Veerman, 2004; De Mey, 2005; Hermanns et al., 2005; Zijlstra et al., 2005; Veerman et al., 2006a; Nederlands jeugdinstituut, s.d.). Om de bruikbaarheid nog te verhogen, kan je de toepassing van de interventie veraanschouwelijken door middel van casus- of illustratiemateriaal. Vermijd ten slotte dat je met je techniek te veel zaken tegelijk wil veranderen of deze een zeer lange behandelduur vereist.

2.5.11 Focus op overdraagbare, nieuwe kennis

De zojuist geëxpliciteerde presentatie en –vormcriteria hebben tot doel om de transfer van geprotocolleerde behandelingstechnieken te bevorderen. Deze specificatie en richtlijnen voor gebruik stellen intermediairs in andere instellingen immers in staat tot het benutten van de praktijkkennis van andere zorgvoorzieningen (van Yperen, 2003; Keijsers et al., 2004).

2.5.12 Besluit

Wanneer protocolleerders zich houden aan deze 11 criteria, realiseren ze een draaiboek dat helder, gestructureerd en gesystematiseerd is uitgewerkt. Zandberg et al. (1994) en Bijl (1996) maken weliswaar de kanttekening dat dit integrale, projectmatige proces een aanzienlijke tijd-, energie- en middeleninvestering vereist. Zijlstra et al. (2005), Senten (2007) en Van den Berg en de Graaf (2007) nuanceren echter dat het op deze manier aanreiken van doeltreffende hulpverlening aan collega-zorgvoorzieningen een investering is die zich op termijn vanzelf terugbetaalt.

2.6 Wetenschappelijk onderbouwde legitimering van behandelings-methodieken en –technieken

Zoals in het vorige hoofdstuk aangestipt, hebben behandelingsprogramma's die worden geprotocolleerd slechts de status van een prototype (Zandberg et al., 1994). Om de zorgkwaliteit van het hulpverleningsproces- of product zwart op wit te onderbouwen, dienen we gebruik te maken van wetenschappelijk onderzoek (Steyaert, 1996; Van Houten, in Berkers, 1997; Veerman, 1997, 2003, 2004; De Mey & Thyssen, 2003), en dit door de interventie op een beperkte schaal te beproeven (Bijl, 1996; Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2003; Stichting patiëntenvertrouwenspersoon geestelijke gezondheidszorg, 2003; van Everdingen et al., 2004).

Deze beproeving houdt in dat men de werkzaamheid van de methodiek gaat documenteren op basis van de wetenschappelijk gemeten effectiviteit en/of efficiëntie (Veerman, 1997; Berkers, 1997; Mercx, 2003; American Psychological Association, 2005b; Migchelbrink, 2005; Vlaskamp et al., 2005; van Yperen, Veerman, Bijl, Ooms, & Roosma, 2006; Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2007; van Yperen, in Faas, s.d.). Deze effectiviteit wordt in de literatuur omschreven als het aanbieden van methoden die geschikt zijn om het gewenste doel te bereiken (Chambless & Hollon, 1998; Vlaamse Overheid, 2003; Mercx, 2003; Hoeksema, 2005). Efficiëntie voegt daar nog aan toe dat deze behandelingstechnieken naast functioneel ook uitvoerbaar zijn tegen aanvaardbare kosten (Hollon, 1998; Vlaamse Overheid, 2003; Mercx, 2003; Hoeksema, 2005). Beide effecttypes beschouwen Mesman Schultz, van Gageldonk en Messing (1997) en Moran, Ghate en van der Merwe (2004) als de uitkomst

als resultante van de behandelingsinterventie. Hieruit leiden we af dat een behandelingseffect dus zowel een causale als een temporale relatie omvat.

Lauteslager (2006, p. 351) waarschuwt dat *'empirische ondersteuning in de wetenschap gewoonlijk geen dichotome variabele is'*. Zandberg et al. (1994) sluiten zich aan bij deze stelling en voegen daar nog een element aan toe, namelijk dat we de werkzaamheid van een interventie niet mogen opvatten als één welomschreven begrip. Deze onderzoekers observeren dat werkzaamheid, afhankelijk van het perspectief van betrokkenheid binnen het hulpverleningsproces (hetzij als hulpverlener, cliënt of overheid), een andere omschrijving en taxatie krijgt toegewezen. Met het oog op een effectmeting is het belangrijk om deze verschillende belevingsperspectieven in het achterhoofd te houden.

Van Yperen et al. (2006) geven aan dat er twee invalshoeken bestaan om een effectmeting uit te voeren: 1) een top-down benadering vanuit de wetenschappelijke wereld en 2) een bottom-up benadering vanuit het praktijkveld. Beide benaderingen hebben een methodische en systematische werkwijze gemeen (Migchelbrink, 2005).

2.6.1 Bottom-up effectonderzoek

2.6.1.1 Definitie

Bottom-up effectonderzoek behelst het wetenschappelijk onder de loep nemen van de werkzaamheid van in de praktijk ontwikkelde behandelingsprogramma's. We sommen de meest weerkerende en soortgelijke begrippen en hun eventuele omschrijvingen op.

- Onderzoek in het welzijnswerk (Van Lieshout, 1982)
- Programma-evaluatie (Harinck, 1991)
- Innovatieonderzoek (Zandberg et al., 1994)
- Praktijkgericht onderzoek (ten Berge, 1986; Hermanns, 1993; Zandberg et al., 1994; Berkers, 1997; Migchelbrink, 2005)
- Praktijkevaluatie (van Yperen et al., 1996)
- Bruikbaarheidsonderzoek (Veerman, 1997, p.18): *'onderzoek met een open vraagstelling gericht op het vastleggen van de problematiek waarmee aangemeld, op het registreren van de behandeling die ze krijgen en het nagaan van de uitkomsten dat dit oplevert'*
- Praktijkgestuurd effectonderzoek (van Yperen et al., 2006, p.10): *'onderzoek waarin onderzoekers en behandelingsfunctionarissen gezamenlijk optrekken, met het doel informatie te verzamelen waarmee het effect van het praktisch handelen van een individuele behandelingsfunctionaris, een groep van behandelingsfunctionarissen, een instelling of groep van instellingen*

nader verhelderd en getoetst wordt, waardoor vervolgens het werk van de betrokken behandel-functionarissen of instellingen verbeterd en tevens ten opzichte van buitenstaanders gelimiteerd kan worden'

Dergelijke onderbouwing van hulpverleningstoepassingen kan resulteren in 'evidence based praktijkvoering (...)', dit is '(...) een integratie van (a) de klinische expertise van de hulpverlener met (b) het beste externe bewijsmateriaal dat vanuit systematisch onderzoek beschikbaar is, waarbij (c) volop rekening gehouden wordt met de voorkeuren van de cliënt' (Offringa, Assendelft, & Scholten, in Takens, 2004, p. 45).

2.6.1.2 Uitvoering

Intermediairs kunnen zelf instaan voor het wetenschappelijk onderbouwend onderzoek naar de werkzaamheid van hun behandelingsprogramma, op voorwaarde dat ze beschikken over voldoende kennis en vaardigheid in de wetenschappelijke onderzoeksmethoden en -technieken. Ook kunnen praktijkwerkers deze taak pas vervullen als ze binnen hun takenpakket over voldoende tijdsruimte beschikken voor de uitvoering ervan, alsook de nodige middelen ter beschikking hebben (Berkers, 1997; Tunnard, 2001).

Deze onderzoekers formuleren een aantal alternatieven voor het geval praktijkwerkers niet in staat zijn om zelf het onderzoeksgedeelte te verrichten. De zorgvoorziening kan bijvoorbeeld (op tijdelijke basis) een wetenschappelijke onderzoeker in dienst nemen. Uiteraard op voorwaarde dat dit haalbaar is binnen de begroting van de zorginstelling. Als ook dit niet mogelijk is, kan de zorginstelling, bijvoorbeeld in het kader van een menswetenschappelijke stage, master- of doctoraatsscriptie, opteren voor een (nog niet) gekwalificeerde onderzoeker (Hermanns, 1993; Berkers, 1997).

2.6.1.3 Doel

Bottom-up effectonderzoek heeft als opzet om door middel van empirisch-analytisch onderzoek het effect van behandelingstechnieken en -methodieken in kaart te brengen (van Yperen et al., 1996; Veerman, 1997, 2004). Nijhuis (in Zandberg et al., 1994, p.44) concreetiseert hoe we deze empirisch-analytische onderzoeks aanpak moeten interpreteren, namelijk 'de verschijnselen die zich in de sector door ervaringsprocessen voordoen systematisch beschrijven, ordenen, registreren, begrijpen en verklaren (...)'.

2.6.1.4 Ladder van bottom-up effectonderzoek

Opsporen van de werkzaamheid van behandelingsprogramma's is het einddoel van wetenschappelijk onderbouwend onderzoek in de hulpverleningspraktijk, maar deze uitwerking heeft geen absolute standaard. Verschillende auteurs wijzen op de verschillende gradaties in

onderbouwende werkzaamheid (Harinck, 1991; American Psychological Association, 2002a; Didsbury, 2003; Moran et al., 2004; Scottish intercollegiate guidelines network, 2004; Veerman, 2004; Veerman et al., 2006a; Nederlands jeugdinstituut, s.d.). We lichten hier grondig de verschillende gradatievormen van bottom-up effectonderzoek toe, die op hun beurt correleren met een plek op het methodologisch continuüm (Veerman et al., 2006a) en hun kans op goede uitkomsten van de hulpverleningsvorm (Didsbury, 2003).

2.6.1.4.1 Niveau 1: verduidelijken van de componenten van een behandelingsprogramma

Het protocolleren van een behandelingsinterventie, het gedetailleerd verduidelijken van de interventie zodat deze overleverbaar en repliceerbaar wordt, kunnen we gelijkstellen met bottom-up effectonderzoek van niveau I (Berkers, 1997; Konijn et al., 2007; Nederlands jeugdinstituut, s.d.), en levert potentieel effectieve behandelingsinterventies op (Veerman, 2004; Veerman et al., 2006a; Konijn et al., 2007).

Omwille van de beschrijvende aard van dit type effectonderzoek, plaatsen van Yperen et al. (1996) en Veerman et al. (2006a) dit assessmentopzet onder de noemer van descriptief onderzoek, waarin volgende interventie-elementen zorgvuldig dienen geëxpliciteerd te worden:

- Doelgroep van de interventie, uitgedrukt in demografische en/of (psycho)pathologische kenmerken (Zandberg et al., 1994; Veerman, 2004; Veerman et al., 2006a; Nederlands jeugdinstituut, s.d.)
- Doelstelling van de interventie; welke verandering wenst men met de behandelingsmethode te realiseren (Zandberg et al., 1994; Veerman, 2004; Nederlands jeugdinstituut, s.d.) Van den Berg en de Graaf (2007) adviseren een SMART-formulering van deze doelstellingen, namelijk specifiek, mmeetbaar, anvaardbaar voor hulpverlener én cliënt, realistisch en tijsgebonden.
- De toe te passen interventie, bij voorkeur gedetermineerd in een stappenplan, en verder geconcretiseerd naar vereiste frequentie, intensiteit, duur en fasering (Zandberg et al., 1994; Veerman, 1993, 2003, 2004; Veerman et al., 2006a; Nederlands jeugdinstituut, s.d.)
- Randvoorwaarden voor de toepassing van de interventie (Veerman, 2004; Veerman et al., 2006a; Nederlands jeugdinstituut, s.d.):
 - Organisatorische voorwaarden
 - Materiële voorwaarden
 - Personele voorwaarden zoals opleiding, supervisie en evaluatie

Van Yperen et al. (1996) en Veerman et al. (2006a) merken op dat hoe gedetailleerder en systematischer de behandelingsinterventie wordt beschreven in een stappenplan, hoe meer de interventie wint aan potentiële effectiviteit.

2.6.1.4.2 Niveau 2: de werking van een behandelingsprogramma theoretisch documenteren

Op deze trede tracht men naast de explicitering van de componenten van de behandelingsinterventie ook de werking ervan theoretisch te staven (Veerman, 1993, 2004; Veerman et al., 2006a; Konijn et al., 2007; van den Berg & de Graaf, 2007; Nederlands jeugdinstituut, s.d.). Veerman (2003, 2004) noemt deze theoretische onderbouwing een zorgaanbodtheorie. Rippen (in Berkers, 1997, p. 161) hanteert de term praktijktheorie, en omschrijft deze als *'elke vorm van theorie die de beroepsbeoefenaar praktisch benut bij het uitoefenen van een beroep (...)'*. Deze theorie behelst een logisch verhaal dat plausibel maakt dat het inzetten van de behandelingsinterventie kan leiden tot het bereiken van het interventiedoel (Veerman, 2004; Veerman et al., 2006a; van den Berg & de Graaf, 2007; Nederlands jeugdinstituut, s.d.). Deze theorie zet ondermeer de mogelijke risico- en beschermende factoren die een rol spelen bij het ontstaan, voortbestaan, versterken of verzwakken van de te behandelen problematiek uit, en licht toe op welke van deze factoren de interventie ingrijpt (van den Berg & de Graaf, 2007; Nederlands jeugdinstituut, s.d.). Met deze theoretische staving bereikt de interventie het niveau van veelbelovendheid (Veerman, 2004; Veerman et al., 2006a; Konijn et al., 2007). Deze wordt nog verdiept door te refereren aan empirische theorievorming of onderzoeksgegevens (Veerman, 2004; van den Berg & de Graaf, 2007) die kunnen worden verkregen via wetenschappelijk literatuuronderzoek (American Psychological Association, 2002a; Migchelbrink, 2005; van den Berg & de Graaf, 2007).

2.6.1.4.3 Niveau 3: demonstreren van de gewenste veranderingen bij het toepassen van een behandelingsprogramma

Op dit niveau tracht men, na het verschaffen van de interventie volgens het uitgewerkte stappenplan aan de geïndiceerde doelgroep, vast te stellen of de behandelingsdoelen bereikt zijn. Om dit te kunnen beoordelen is een pre- en postmeting, een meting voor en na het toedienen van een behandeling, aangewezen (Wigboldus & Wolsink, 1999; Veerman, 2004; Migchelbrink, 2005; Veerman et al., 2006a; Veerman, van Yperen, Bijl, Ooms, & Roosma, 2006b). Dergelijke meting vereist dat de interventietheorie en de inherente concepten geoperationaliseerd worden, zodat gegevens verzameld kunnen worden die het effectbewijs kunnen bekrachtigen en zodoende de duurzaamheid van de interventietheorie ondersteunen. Van Gageldonk en Bartels (1991), van Yperen et al. (1996), Wigboldus en Wolsink (1999), Veerman (2003) en Bower (2003) categoriseren dit type research als pre-experimenteel onderzoek. De langs deze weg afgeleide werkzame behandelingen worden geclassificeerd als doeltreffend (Veerman, 2004; Veerman et al., 2006a, 2006b).

Lauteslager (2006) maakt ons attent op een variabele die de uitkomst van dergelijke metingen kan vertekenen. Empirische gegevens wijzen aan dat de loyaliteit aan de theoretische inbedding van de interventie voor bijna twee derde van de variantie in behandelingsuitkomsten verantwoordelijk is. Deze onderzoeker raadt derhalve aan om voor effectonderzoek ook behandelaars te rekruteren die een alternatieve theoretische stroming aanhangen dan die inherent aan de onderzochte interventie. Op die manier kan men de invloed van de loyaliteit enigszins milderen en waarschijnlijk een betere benadering geven van het feitelijke behandelingseffect.

De meest beduidende beperking eigen aan dergelijk effectonderzoek, is dat het niet toelaat om te besluiten dat de aangewende behandelingsinterventie onmiskenbaar verantwoordelijk is voor eventuele vastgestelde veranderingen (Van Gageldonk & Bartels, 1991; Bower, 2003; Veerman, 1997, 2003, 2004; Migchelbrink, 2005; Veerman et al., 2006a). De denkbare inmenging van ongecontroleerde verwarrende variabelen zoals geschiedenis, rijping en testgewenning van de cliënt, statistische regressie, selectieve uitval of cliëntenselectie (Wigboldus & Wolsink, 1999; Veerman et al., 2006a) begrenst volgens Bower (2003) de kans dat de interventie kan worden aangewezen als oorzakelijke factor voor de gemeten veranderingen. Hierdoor komt de interne validiteit van het effectonderzoek in het gedrang (Veerman et al., 2006a).

2.6.1.4.4 Niveau 4: demonstreren van de oorzakelijkheid van het gehanteerde behandelingsprogramma

Wie meer zekerheid over causaliteit wil verwerven, dient volgens Van Gageldonk en Bartels (1991), van Yperen et al. (1996), Wigboldus en Wolsink (1999), Migchelbrink (2005), Veerman et al. (2006b) en Speetjens (2007) een quasi-experimenteel onderzoeksdesign te ontwerpen. Dergelijk onderzoeksopzet zet de resultaten van de behandelingsinterventie af tegen de resultaten van een andere conditie. De implementering van een experimentele- en controlegroep is daartoe een aangewezen methodiek (Veerman, 1993, 2004; Wigboldus & Wolsink, 1999; Veerman et al., 2006a; Boendermaker, Harder, Speetjens, van der Pijll, Bartelink, & van Everdingen, 2007; Konijn et al., 2007). Cliënten uit de experimentele groep worden onderworpen aan de behandelingsinterventie die op haar werkzaamheid wordt beproefd. Cliënten uit de controlegroep krijgen ofwel geen behandeling, of een placebo- of alternatieve behandeling. Doch het in het hulpverleningsveld samenstellen van een controlegroep is omwille van praktische en ethische motieven een complexe zaak. De kern van deze ethische kwestie is of het wel verantwoord is om bepaalde cliënten tijdelijk te onthouden van (minder) optimale hulpverlening (Veerman, 1985; Steyaert, 1996; Nugter, 2000). Veerman (2004) en Veerman et al. (2006a) beantwoorden dat de knelpunten van het actuele zorglandschap kunnen benut worden om deze hinder gedeeltelijk op te vangen. Zo kan men de cliënten die staan ingeschreven op een wachtlijst groeperen in een controlegroep. Ook drop out-clieënten, cliënten die vroegtijdig de behandeling hebben afgebroken en die dus niet de optimale behandeldosis

hebben genoten, kan men rekruteren voor het samenstellen van een controlegroep. Ten slotte kan men ook een controlegroep formeren door de mensen in deze groep bloot te stellen aan een nieuw zorgaanbod of simpelweg een ander zorgaanbod. Lauteslager (2006) formuleert weliswaar enkele ernstige bedenkingen bij de zonet aanbevolen manieren om een controlegroep te formeren. Hij sluit zich aan bij de opinie van Westen et al. (in Lauteslager, 2006) dat een vergelijking van de experimentele conditie met dergelijk samengestelde controlegroepen uitsluitend toelaat om te besluiten dat wat beoogd is om werkzaam te zijn, superieur is aan iets wat niet beoogd is om werkzaam te zijn. Lauteslager (2006) meent dat het werkelijke effect van de interventie uit de experimentele conditie slechts degelijk kan nagegaan worden door deze af te zetten tegen een controlegroep die wordt blootgesteld aan een even degelijke interventie. Het formeren van een controlegroep op basis van drop-out cliënten of cliënten die minder sessies van de experimentele interventie genoten, beschouwt Lauteslager (2006) evenzeer als een waardig alternatief.

Om de uitwerking van de onderzochte behandelingsinterventie te evalueren, wordt bij zowel de experimentele- als controlegroep één of meerdere voor- en nametingen uitgevoerd (Veerman, 1997). Vervolgens gaat men na wat het verschil is tussen deze twee temporale metingen. Indien de nameting significant gunstiger is dan de voormeting, duidt Veerman (1997, 2004) dit aan als de effectgrootte. Daarna worden de effectgroottes van de controle en experimentele groep tegen elkaar afgezet. Als hierbij wordt geobserveerd dat de effectgrootte van de experimentele groep superieur blijkt aan die van de controlegroep, dan krijgt de behandelingsinterventie het label werkzaam/effectief toegeschreven (Veerman, 2004; Veerman et al., 2006a; Konijn et al., 2007).

Chambless en Hollon (1998) en de American Psychological Association (2002a) wijzen ten slotte op de noodzaak aan replicerend onderzoek dat de onderzoeksresultaten kan bevestigen. Meta-analyses, overzichtstudies van onderzoeken waarbij het effect van hetzelfde behandelingsprogramma werd gemeten en besproken, vormen hierbij een handig instrument (van Gageldonk & Bartels, 1991; Veerman, 1997, 2004).

2.6.1.4.5 Continu stijgen op de effectladder

De Nederlandse erkenningscommissie jeugdinterventies stimuleert ontwikkelaars van behandelingswerkvormen tot het telkens verhogen van het effectniveau van hun behandelingsinterventie. In praktijk hanteren zij als richtsnoer dat elk effectniveau een geldigheidstermijn van vijf jaar heeft. Binnen die termijn moet de ontwikkelaar onderzoek verrichten naar de werkzaamheid van zijn methodiek op een niveau hoger. Interventies die al op niveau vier vertoeven, dienen om de vijf jaar geëvalueerd en geüpdatet worden (van Yperen, Zwikker, Molleman, Bouwens, & Beckers, 2007).

2.6.1.5 Een erkennings- en beoordelingscommissie

Voor het beoordelen van uitgevoerd bottom-up effectonderzoek werd binnen het Nederlands jeugdinstituut de Nederlandse erkenningscommissie jeugdinterventies geïnstalleerd (van Yperen et al., 2007). Deze onafhankelijke expertcommissie omvat op basis van specifieke werkvelden deelcommissies met daarin diverse experts en afgevaardigden. Elke deelcommissie is samengesteld uit minimum acht leden, waarvan er minimum één de wetenschappelijke sector vertegenwoordigt en minimum één een onafhankelijk praktijkexpert is. De taak van deze deelcommissies bestaat erin sectorspecifieke interventies te evalueren volgens specifieke criteria. Volgens de richtlijnen van de Nederlandse erkenningscommissie jeugdinterventies dienen minstens vier personen (waarvan telkens minimum één van de wetenschappelijke en praktijksector) deel te nemen aan deze beoordeling. Evaluatie van een geprotocolleerde behandelingsinterventie door een dergelijke deelcommissie neemt ongeveer 40 uur in beslag. Elke deelcommissie heeft jaarlijks een verwerkingscapaciteit van 30 interventies.

De financiering van de erkenningscommissie gebeurt door een externe financierder en/of door protocolontwikkelaars die hun interventie willen laten evalueren. Met deze externe financierder wordt afgesproken welk type interventies prioritair zijn. Indien een beoordelingsaanvraag binnen deze prioritaire grenzen valt, gebeurt het integrale beoordelingsonderzoek op kosten van deze financierder. Zoniet dient de beoordelingsaanvrager ofwel de beoordeling zelf te bekostigen, of een sponser te zoeken die de kost op zich wil nemen.

Ten slotte omvat de erkenningscommissie nog een apart onafhankelijk en overkoepelend orgaan, namelijk de bezwaarcommissie. Ontwikkelaars van onderzochte en geprotocolleerde interventies kunnen deze bezwaarcommissie inschakelen indien ze het niet eens zijn met de finale beoordeling van de deelcommissie. De taak van deze bezwaarcommissie bestaat er dan in te onderzoeken of de deelcommissie haar oordeel voldoende gedocumenteerd en bedacht heeft genomen.

2.6.2 Top-down effectonderzoek

2.6.2.1 Omschrijving

Top-down onderbouwing van behandelingsinterventies beoogt het wetenschappelijk en systematisch beproeven van de werkzaamheid van behandelingsmethodieken en –technieken die zijn ontwikkeld binnen een wetenschappelijk onderzoekslaboratorium (Weisz & Weisz, in Veerman, 1997; American Psychological Association, 2002a; Bower, 2003; Van de Veire et al., 2003; Veerman et al., 2006a). Het ultieme doel hierbij is het zoveel mogelijk kunnen determineren van de oorzakelijke en sequentiële relatie tussen interventie en uitkomst. Om dit te kunnen realiseren streven top-down onderzoekers een zo wetenschappelijk en stelselmatig mogelijke onderzoeksstrategie na, waarbij beheersing en controle van de onderzoekssitu-

atie de sleutelwoorden zijn. Omwille van de gelijkenissen dat het onderzoeksopzet dan vertoont met wetenschappelijke experimenten, categoriseren van Yperen et al. (1996), Veerman (1997), Franx et al. (2002) en van Everdingen et al. (2004) het onder de noemer van het experimentele gerandomiseerde researchdesign, oftewel randomized controlled trial (RCT-onderzoek).

2.6.2.2 Researchdesign

Concreet houdt dergelijk RCT-onderzoek in dat de onderzoekers zoveel mogelijk condities en variabelen inherent aan de onderzoekcontext trachten te beheersen (Koster, 1993; Clarke, 1995; Chambless & Hollon, 1998; 1998; Nugter, 2000; American Psychological Association, 2002a; Franx et al., 2002; Bower, 2003; Lauteslager, 2006). Zo pogen ze ondermeer op basis van zo identiek mogelijke patiëntkarakteristieken een zo homogeen denkbare deelnemers-steekproef te rekruteren. Deze steekproefbetrokkenen worden nadien willekeurig gesplitst in minstens twee groepen, de experimentele en controlegroep (Veerman, 1985, 1997; Clarke, 1995; Chambless & Hollon, 1998; Kazdin & Weisz, 1998; De Cauter & Walgrave, 1999; Nugter, 2000; Van de Veire et al., 2003; Moran et al., 2004; Veerman, 2004;; Hermanns et al., 2005; Boendermaker et al., 2007; Speetjens, 2007; Van Nuffel, 2007). Ook andere variabelen zoals de behandelaar, behandelingsruimte, het behandelingsverloop en de duur en intensiteit van de behandelingsinterventie tracht men zoveel mogelijk in de hand te houden (Clarke, 1995; Veerman, 1997; Bower, 2003; Lauteslager, 2006).

Tabel 1: kenmerken van een experimenteel effectonderzoek

Experimentele en controlegroep
Willekeurige, ad random toewijzing van deelnemers
Één behandelingsinterventie
Sterk geprotocolleerde/gedetermineerde behandelingsinterventie
Behandelingsinterventie met nauw omschreven doel
Gefocust op één kernprobleem
Vaste behandelduur, vaak kortdurend
Sterk getrainde behandelaar

Vervolgens verloopt de meting naar de werkzaamheid van de behandelingsmethodiek analoog aan de meting op niveau 4-bottom-up onderzoek.

2.6.2.3 Validiteit

2.6.2.3.1 Interne validiteit

Uit literatuuronderzoek weerhouden we dat het creëren van een sterk gecontroleerde onderzoekssituatie waarbij zoveel mogelijk bijkomstige verwarrende variabelen worden uitgesloten, de interne validiteit van het onderzoek bevordert (Koster, 1993; Clarke, 1995; van Yperen et al., 1996; Borkovec & Castonguay, 1998; Veerman, 1997, 2004; Bower, 2003; Veerman et al., 2006a). Binnen het laboratorium wordt dus een onderzoekssituatie gecreëerd waarin het behandelingseffect de gelegenheid krijgt om maximaal op te treden. Hierdoor kunnen de onderzoekers met meer zekerheid de onderzoeksinterventie aanwijzen als oorzakelijke factor voor eventuele vastgestelde verschillen in voor- en nameting (Borkovec & Castonguay, 1998; Nugter, 2000; Bower, 2003; Chambless & Hollon, 1998; Veerman, 1997, 2004).

2.6.2.3.2 Externe validiteit

De sterke beheersing heeft echter ook een keerzijde. De externe validiteit, de mate waarin de conclusies van het onderzoek zijn te veralgemenen naar de hulpverleningspraktijk, wordt erdoor afgezwakt (Weisz & Weiss, 1993; Clarke, 1995; van Yperen et al., 1996; Veerman, 1997; Nugter, 2000; Bower, 2003; Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, 2004c; Veerman, 2004; Lauteslager, 2006). Verschillende onderzoekers leggen hiervoor unaniem de verantwoordelijkheid bij de kunstmatigheid en steriliteit van de onderzoekssituatie die weinig overeenkomsten vertoont met het hulpverleningsveld (Weisz & Weiss, 1993; van Yperen et al., 1996; Bower, 2003; Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, 2004c; Veerman, 2005; Braet et al., 2006; Veerman et al., 2006a). We halen als voorbeeld aan dat hulpverleners in de praktijk in plaats van met één kernprobleem vaak geconfronteerd worden met een comorbide problematiek die in plaats van een korte een langdurige en intensieve behandeling vereist (Clarke, 1995; van Yperen et al., 1996; Veerman, 1997, 2004; Takens, 2004; Lauteslager, 2006). Bijgevolg kunnen we ons de vraag stellen wat de toegepaste waarde van deze onderzoeksinterventie in de praktijk zal zijn. Analoog vermoeden van den Hout (1994), Veerman (1985, 1997) en Veerman et al. (2006a) dat dit scepticisme over de bruikbaarheid maakt dat praktijkwerkers niet geneigd zijn om deze onderzoeksinterventie praktisch toe te passen binnen de muren van de zorgvoorzieningen.

2.6.2.3.3 Van effectvol naar klinisch nuttig

Om terughoudendheid tegenover het gebruik in de praktijk te omzeilen, adviseren Veerman (1997), Nugter (2000) en onderzoekers van de Universiteit Gent (Braet, et al., 2006) om deze top down-interventies te transfereren voor onderzoek binnen het werkveld. Indien na dit onderzoek blijkt dat de in het labo effectief gebleken behandelingsinterventies ook in de zorgcontext krachtig zijn, benoemen meerdere auteurs deze als klinisch nuttige interventies

(Chambless & Hollon, 1998; Bower, 2003). De American psychological association (2005a, 2005b) hanteert de term evidence-based practice.

Een andere mogelijk in te slagen weg om het vertrouwen in de bruikbaarheid te bevorderen, is het verhogen van de heterogeniteit van de deelnemersgroep binnen het onderzoekslabo. Clarke (1995) reikt hiervoor twee handvaten aan. Ten eerste adviseert hij om verschillende niveaus van ernst van de problematiek op te nemen in de onderzoeksgroep. Ten tweede beveelt hij het gebruik van two-tiered deelnemersgroepen aan. In dit type onderzoek wordt het effect van de behandeling bij twee groepen vergeleken: 1) bij de gecontroleerde homogeen samengestelde deelnemersgroep en 2) bij de heterogeen samengestelde deelnemersgroep. Elk van deze groepen wordt opgesplitst in een experimentele- en controlegroep. Hiermee komt het onderzoek tegemoet aan het doel van een homogene groep én aan het onderzoeken van het effect in een meer realistische heterogene groep.

2.6.2.4 Kostenplaatje

We ronden dit betoog af met een belangrijke kanttekening. Nugter (2000), Bower (2003) en Veerman et al. (2006a) waarschuwen dat top-down RCT-onderzoek een aanzienlijke investering in tijd en financiële uitgaven vereist.

2.6.3 Overbrugging van een kloof

Al decennia lang stellen onderzoekers een kloof vast tussen de wetenschappelijke onderzoekswereld en het praktijkveld (van Lieshout, 1982; Veerman, 1985, 2005; van Gageldonk & Bartels, 1991; Zandberg et al., 1994; Nugter, 2000; Braet, 2003; van Yperen, 2003; Wennink, 2007). Elke partij lijkt zich te focussen op de eigen zogenaamde biotoop (Veerman, 1985; Koster, 1993). Voor de academici beperkt deze zich tot datgene wat ze op een nauwgezet wetenschappelijke wijze onder de loep kunnen nemen. Traditioneel gewijs doen ze dit door het controleren van condities en variabelen, met alle gevolgen van dien voor de ecologische validiteit van dit type onderzoek. Hulpverleners daarentegen wensen zich te focussen op de praktijk, het helpen en ondersteunen van mensen. Het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek staat niet meteen op hun verlanglijstje. De combinatie van beide taken op zich nemen, is voor praktijkwerkers bovendien geen evidente opgave. Sommige intermediairs hebben in hun professionele opleiding geen studie in de onderzoeksvaardigheden genoten. Diegenen die vanuit hun academische opleiding dan weer wel onderricht werden in de wetenschappelijke onderzoeksmethoden en -technieken, zijn echter niet meer voldoende vertrouwd met het zelf opzetten en uitvoeren van onderzoek. Ook de wachtlijsten en soms beperkte werkingsmiddelen kunnen verhinderen dat praktijkwerkers naast hun hulpverleningstaak nog tijd kunnen besteden aan het onderzoeken van hun behandelingstechnieken.

De vraag werpt zich dan ook op hoe bottom-up onderzoek van behandelingsprogramma's praktisch alsnog gerealiseerd kan worden. Het overbruggen van de wetenschap-praktijkkloof, en het naar elkaar toegroeien als complementaire partners lijkt hiervoor de aangewezen weg (Nugter, 2000; Veerman, 2005). Praktisch komt dit erop neer dat academici en intermediairs elkaar bijstaan in het op hun effect onderzoeken van behandelingstechnieken.

Beide partijen moeten volgens Nugter (2000) dan wel een aantal toegevingen doen op hun vertrouwde manier van werken. Van de praktijkwerkers wordt verwacht dat ze toch een minimale inspanning leveren om, naast hun hulpverleningstaak, op een systematische wijze gestandaardiseerde gegevens te verzamelen over hun behandelingsmethodieken en de effecten ervan. Wetenschappers kunnen hierbij een handje toesteken, maar moeten durven afstappen van het strikt en quasi uitsluitend hanteren van de zuiver experimentele onderzoeksmethoden. Omdat deze onderzoeksmethoden geen recht doen aan de zorgrealiteit, moeten de wetenschappers meer de stap durven zetten tot het gebruik van andere methoden, zoals het pre-experimentele onderzoeksdesign. Praktijkwerkers kunnen de onderzoekers bijstaan in het vergroten van de ecologische validiteit.

2.6.4 Het meten van uitkomsten

Zowel de sterk gecontroleerde top-down onderzoeksbenadering als de bottom-up werkwijze van niveau drie en vier hebben het meten van de uitwerking van een behandelingsinterventie gemeen. Deze uitwerking kan via vier types uitkomstonderzoek worden gemeten, met name 1) veranderingsonderzoek, 2) doelrealisatieonderzoek, 3) tevredenheidsonderzoek en 4) expertoordelen (van Yperen et al., 1996; Faas, 2004; Veerman et al., 2006a, 2006b; de Swart, 2007; Konijn et al., 2007). Walburg (2003) maakt een onderscheid tussen vier uitkomstkwadranten, meer bepaald 1) klinische uitkomsten, 2) functionele uitkomsten, 3) cliëntenwaardering en 4) kosten.

2.6.4.1 Veranderings- en doelrealisatieonderzoek

2.6.4.1.1 Omschrijving

Voor de uitvoering van veranderingsonderzoek promoten van Yperen et al. (1996), De Cauter en Walgrave (1999), Bower (2003), de Landelijke stichting multidisciplinaire richtlijnontwikkeling (2003), Moran et al. (2004), Boendermaker et al. (2005) en Speetjens (2007) het gebruik van pre- en postmetingen, ingezet respectievelijk voor en na het aanwenden van de behandelingsinterventie. Intuïtief spoort men bij deze pre- en postmeting op of de toestand van de patiënt na toepassing van de behandelingsinterventie in gunstige zin is geëvolueerd (Veerman, 1985; van den Hout, 1994; van Yperen et al., 1996; van Puyenbroeck, Loots, Grietens, & Jacquet, 2007). Deze evolutie kan men afmeten door rechtstreeks na te gaan of de klachten verminderd zijn (Landelijke stichting multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, 2003;

Moran et al., 2004; Wennink, 2007). Dergelijke meting benoemen Keymolen en Casselman (2007) als klinische uitkomsten. Dit zijn '(...) kenmerken van de zorgconsument, gerelateerd aan een specifieke stoornis die veranderen in de tijd ten gevolge van een zorginterventie. (...)' (Keymolen & Casselman, 2007, p. 13). Dergelijke klinische uitkomsten zijn dan een equivalent van het klinische uitkomstenkwadrant van Walburg (2003).

Maar evengoed kan men peilen naar indicatoren die minder gerelateerd zijn aan symptoomreductie (Nugter, 2000; Landelijke stichting multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, 2003; Keymolen & Casselman, 2007; Wennink, 2007), maar meer peilen naar het algemene welzijn van de cliënt. Keijsers et al. (2004, p. 9) benoemen dergelijke indicatoren als '*generieke therapie-effecten*'. Keymolen en Casselman (2007, p. 15) gebruiken de term functionele uitkomst en definiëren deze als volgt: '*functionele uitkomsten geven het functioneren van de patiënt weer, het vermogen om zo goed mogelijk te functioneren in het dagelijks leven. Dit behelst drie grote domeinen, met name het fysiek, het psychisch en het sociaal-maatschappelijk functioneren (...)*'. Deze omschrijving vertoont een sterke overeenkomst met het functionele uitkomstenkwadrant van Walburg (2003). Alternatieve uitkomstmaten die een goede indicatie kunnen geven van het interventiesucces zijn levenskwaliteit, welzijnsgevoel, rehabilitatie, of sociaal, interpersoonlijk en beroepsmatig functioneren.

Lilienfeld (2007) raadt aan dat behandelaars erop bedacht zijn dat het risico bestaat dat ze, in tegenstelling tot hun goedbedoelde hulpverlenend handelen, ook schade kunnen berokkenen aan cliënten. Deze schade kan multidimensionaal zijn: verergering van de klinische symptomen, verschijning van bijkomende symptomen, toegenomen afhankelijkheid van de therapeut, fysieke schade (Mercer, Sarner, & Rosa, in Lilienfeld, 2007; Boisvert, in Lilienfeld, 2007) of additionele relationele en familiale problemen (Lilienfeld, 2007). Lilienfeld (2007) raadt dan ook aan om in effectonderzoek de meting naar mogelijke schadelijke behandelingsconsequenties mee op te nemen, en de mediërende factoren die hiervoor verantwoordelijke zijn of deze kunnen ombuigen op te sporen.

Doelrealisatieonderzoek kunnen we beschouwen als een type veranderingsonderzoek. De nuance ligt hem erin dat in plaats van *na de behandeling* te peilen of en in welke mate er een *verandering* is opgetreden, doelrealisatieonderzoek nadrukkelijk nagaat in welke mate *de doelen* die men *vooraf* met de toepassing van de behandelingsinterventie had vooropgesteld, behaald zijn (Van Lieshout, 1982; van Yperen et al., 1996; van Yperen, 2003; Faas, 2004; Michelbrink, 2005). Van Yperen et al. (1996) bespreken een bijzondere vorm van dit type onderzoek, namelijk registeren in welke mate de cliënt en/of zijn situatie weer normaal is geworden. Over het begrip normaliteit, een aanvechtbaar en dus moeilijk operationaliseerbaar concept, bestaat weliswaar geen consensus.

2.6.4.1.2 *Instrumentarium*

Voor zowel het veranderings- als doelrealisatieonderzoek bestaan verschillende gestandaardiseerde metingen zoals psychometrische testen of vragenlijsten die valide en betrouwbaar zijn gebleken (Veerman, 1985, 1997; De Cauter & Walgrave, 1999; Wigboldus & Wolsink, 1999; Nugter, 2000; Keymolen & Casselman, 2007; van Puyenbroeck et al., 2007; Belgische Federatie van Psychologen, Nederlands Instituut van Psychologen, & Internationale Test Commissie, s.d.). Baert (2006) beveelt aan om therapiesensitieve meetinstrumenten in te schakelen. De COTAN-gids, een omvangrijk naslagwerk dat alle beschikbare Nederlandstalige psychodiagnostische tests en testresearch documenteert en beschrijft, kan een handig vademecum zijn bij de selectie van een geschikt meetinstrument (Evers, van Vliet-Mulder, & Groot, 2000).

2.6.4.1.3 *Valkuilen en beperkingen*

De American Psychological Association (2005b) maakt ons attent op het belang van een behoedzame handelswijze bij het bepalen van het hulpverleningseffect via (psycho)diagnostische instrumenten.

Van Yperen et al. (1996) wijzen in de eerste plaats op de psychometrische tekortkomingen van sommige meetinstrumenten. Zo beschikken vele tests en vragenlijsten zelden over betrouwbaarheidsintervallen die een leidraad kunnen vormen bij het uitklaren of een gemeten uitkomstverschil te wijten is aan de werking van de behandelingstechniek, dan wel eerder het gevolg is van een onbetrouwbare meting. Bij het ontbreken van dergelijke betrouwbaarheidsintervallen is de onderzoeker verplicht om de grootte van gevonden verschillen naar eigen goeddunken te interpreteren. Maar deze subjectieve perceptie kan een vertekenend risico inhouden.

Van Yperen et al. (1996) geven tevens het advies om bij het interpreteren van eventuele gevonden verschillen tussen voor- en nameting rekening te houden met het gangbare verloop van de behandelde problematiek. Zo stelt men bij zeer ernstige, hardnekkige of degeneratieve stoornissen meestal geen grote verschillen in symptomatologie vast. Dit betekent echter nog niet dat de toegepaste behandelingsmethode geen effect heeft gehad op andere effectindicatoren zoals levenskwaliteit, job- of relatietevredenheid.

Van Yperen et al. (1996) ronden af dat, om de waarde van een behandelingsinterventie diepgaand door te lichten, in principe ook drop-out cliënten dienen betrokken te worden in de effectevaluatie. Drop-out cliënten zijn die cliënten die de behandeling vroegtijdig, nog voor het behandeldoel behaald is, afbreken (Veeninga & Hafkenscheid, 2004). Van Yperen et al. (1996) motiveren dat de opname van deze cliëntensubgroep een getrouwe afspiegeling van de hulpverleningsrealiteit en de werking van de behandelingsinterventie ten goede komt.

2.6.4.2 Tevredenheidsonderzoek

2.6.4.2.1 Omschrijving

Van Gageldonk en Bartels (1991), van Yperen et al. (1996) en Faas (2004) stimuleren ook het gebruik van tevredenheidsonderzoek als evaluatiemaat. Walburg (2003) benoemt dit in zijn kwadrantenmodel als de meting van waardering. Deze waardering behelst *'(...) het resultaat van een proces van overweging tussen de verwachting die iemand heeft en de feitelijke zorgverlening. Die overweging leidt tot een oordeel of een gevoel dat positief of negatief is. (...) de mate waarin de beleving de verwachting overtreft, bepaalt de grootte van de kans op een tevreden zorgconsument. (...)'* (Keymolen & Casselman, 2007, p. 18). Concreet gaat het dus om een subjectieve beoordeling waarbij de cliënt de gelegenheid krijgt om aan de hulpverlening feedback te geven over de genoten behandeling. Op die manier kan aan de cliënt gevraagd worden in welke mate hij of zij de uitkomsten van de hulpverlening in verband brengt met de behandeling. Deze tevredenheidspelling tracht zo enigszins in te spelen op de trend waarbij de cliënt zich steeds meer profileert als een kritische consument die bepaalde verwachtingen stelt aan de kwaliteit van de hulpverlening (van den Hout, 1994; Diest et al., 2002; Migchelbrink, 2005).

2.6.4.2.2 Instrumentarium

Tevredenheidsonderzoek kan uitgevoerd worden door middel van een gestructureerde vragenlijst, diepte-interviews en focusgroepen (Migchelbrink, 2005).

2.6.4.2.3 Valkuilen en beperkingen

Bij het toepassen van deze meer subjectieve beoordelingsmaat van effectiviteit waarschuwen van Yperen et al. (1996) voor vertekening door persoonsgebonden invloeden. Ten eerste geeft een subjectieve meting zoals patiëntentevredenheid geen absoluut uitsluitsel over de objectieve uitkomst van de hulpverlening. Daarenboven kan sociale wenselijkheid de meting misleiden. Hierbij kan het gebeuren dat een cliënt, als gevolg van de sociale context van de hulpverlening die dankbaarheid en erkentelijkheid zou vereisen, of als gevolg van de gezags- of machtsrelatie tussen hulpverlener en cliënt, de behandelingsinterventie valselijk positief beoordeelt. Kortom, deze tevredenheidsmaat moet steeds met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd worden.

2.6.4.3 Expertoordeel

2.6.4.3.1 Omschrijving

Bij een expertoordeel vraagt men aan de hulpverlener of een onafhankelijk deskundige of de geobserveerde resultaten kunnen worden toegeschreven aan de behandelingsinterventie (van Yperen et al., 1996).

2.6.4.3.2 Instrumentarium

Analoog aan het tevredenheidsonderzoek kan voor het vergaren van expertoordelen beroep gedaan worden op gestructureerde vragenlijsten, diepte-interviews en/of focusgroepen (Migchelbrink, 2005).

2.6.4.3.3 Valkuilen en beperkingen

Ook het enigszins subjectieve expertenoordeel houdt een risico van misleidende persoonsgebonden invloeden in (van Yperen et al., 1996). Zo kan de behandelaar een negatieve, vertekende impact hebben op de evaluatie. Berkers (1997) concretiseert dat door naast de behandel functie ook te moeten optreden als participerende observator die de behandeling beoordeelt op haar effectiviteit, de behandelaar betrokken geraakt in een rolconflict. Zo kan het gebeuren dat hij of zij, door een te dichte betrokkenheid bij het hulpverleningsproces, de resultaten van de aangeboden hulpverlening minder objectief kan inschatten.

Ook het feit dat de hulpverlener zijn eigen resultaten moet beoordelen, kan maken dat hij of zij zich, in vergelijking tot het gewoonlijke doen, extra hard inzet. Deze extra inzet kan op zijn beurt de behandelingsresultaten vertekenen.

Tot slot bestaat het risico dat behandelaars bedrog plegen bij het onderzoeken van het hulpverleningseffect. Dit gevaar treedt voornamelijk op in situaties waarbij de behandelaar de evaluatiegegevens aan derden moet transfereren en hij of zij persoonlijk belang heeft bij het aantonen van een positieve behandelingsuitkomst.

Zodoende moet ook deze subjectieve effectiviteitsmeting voldoende voorzichtig geïnterpreteerd worden (van Yperen et al., 1996).

2.6.4.4 Integratie van metingen

Rekening houdend met de beperkingen die we met elk van de effectmaten kunnen associëren, adviseren van Yperen et al. (1996), Veerman (1997), Nugter (2000) en Moran et al. (2004) om in plaats van een eenzijdige effectmaat gebruik te maken van een combinatie van maten, vergaard bij verschillende informanten (auto- en heteroanamnese). Ze denken hierbij

bijvoorbeeld aan metingen op vlak van zowel symptomatologie, het sociaal en/of emotioneel functioneren, de cognitieve en functionele vaardigheden, de attitudes, opvattingen en tevredenheid van de patiënt, maar ook het effectoordeel volgens de behandelaar en dichte betrokkenen uit de omgeving van de cliënt.

Uiteenlopende effectmaten komen op die manier tegemoet aan de diverse taxatie van het begrip werkzaamheid (Zandberg et al., 1994). Overeenkomstige gunstige effecten verkregen via de verschillende evaluatiekanalen versterken bovendien de overtuigendheid en betrouwbaarheid van het effect van een behandelingsprogramma.

2.7 Verspreiding van succesvolle behandelingswerkvormen

2.7.1 Eigenaarschap

Van Yperen en Bakker (2008) maken naargelang het eigenaarschap omtrent een behandelingsmethodiek of –techniek, een onderscheid tussen drie typen behandelingsprogramma's:

Type 1 behandelingsmethodieken en –technieken zijn private en beschermde programma's, waarvan gebruik enkel is toegestaan onder scherpe voorwaarden. Een voorbeeld van een type-1 methodiek is het Australische Triple-P.

Type 2 behandelingsmethodieken en –technieken zijn academische creaties. Deze academici stellen hun ontwikkelde methodieken ter beschikking van het werkveld, zonder noemenswaardige beperkingen of strikte voorwaarden.

Type 3 behandelingsmethodieken en –technieken zijn producten van hulpverleners die doorgaans ook zonder opvallende begrenzings of condities ter beschikking van de collega's worden gesteld.

Dit eigenaarschap impliceert dat ontwikkelaars hun behandelingsmethodiek van type 1, 2 of 3 kunnen beschermen door de naam ervan te deponeren. Juridische bescherming van de uitvoering van je methodiek is door eigenaars van behandelingsmethodieken evenwel niet forceerbaar (van Yperen & Bakker, 2008; FOD Economie, KMO, Middenstand & Energie, s.d.). Van Yperen en Bakker (2008) vermelden dat dit euvel enigszins omzeild kan worden door hulpverleners die kunnen aantonen dat ze via een training of opleiding beschikken over de nodige kennis en vaardigheden voor een correcte uitvoering van de behandelingsmethodiek hiervoor te belonen, en dit onder de vorm van een certificaat.

2.7.2 Marktprincipe versus onbezoldigd delen van methodieken

Van Yperen en Bakker (2008) stellen vast dat hulpverleners zich globaal genomen unaniem uitspreken tegen de introductie van het marktprincipe binnen de zorg- en welzijnssector. Dit marktprincipe zou impliceren dat zorgvoorzieningen elkaar beconcurreren met eigen behandelproducten tegen scherpe prijzen. Daarentegen zijn hulpverleners het erover eens dat kennis over werkzame behandelingsmethodieken en –technieken en over ‘wat effect heeft bij wie’ deelbaar en verspreidbaar moet zijn onder collega-zorgvoorzieningen. We doelen daarmee in de eerste plaats op de Vlaamse intermediairs, maar evenzeer kunnen we ijveren voor een internationale transfer. Een aantal kanalen kunnen aangewend worden om de bekendheid van de methodieken te vergroten.

2.7.2.1 Intermediairgericht

Om behandelingsmethodieken en –technieken deelbaar te maken, is het in de eerste plaats uiteraard cruciaal dat zorginstellingen en hun hulpverleners ingelicht worden over het bestaan van (nieuwe) geprotocolleerde zorgprogramma's. Kennis van effectvol gebleken praktijkmethoden vormt immers de eerste aanzet in het benutten en aanwenden ervan.

Ten eerste kan deze kennisverspreiding gebeuren via de geschreven weg, bijvoorbeeld door middel van (samengevatte) onderzoeksverslagen of artikels in vak- en verenigingstijdschriften (Berkers, 1997; van Yperen, 2003; Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2007; Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, 2007b). Binnen deze schriftelijke strategie wijzen Kip (2001) en de Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling (2006b, 2007b) op de snelle en wijde verspreidingsmogelijkheden van gedigitaliseerde verkondigingen (bijvoorbeeld door middel van een continu geüpdatet online protocoldata-bank of een internetnieuwsbrief). Maar evenzeer kan men voor het propageren van nieuwe geprotocolleerde behandelingen opteren voor een mondelinge aanpak. We denken hiervoor bijvoorbeeld aan congressen, lezingen, seminars, nascholingen en trainingen (Berkers, 1997; van Yperen, 2003; Dooper, 2007).

2.7.2.2 Cliëntgericht

Evenzeer is het belangrijk om de consumenten van de welzijnssector, de cliënten, te informeren over het bestaan van geprotocolleerde behandelingstechnieken die werkzaam zijn gebleken voor specifieke hulpvragen. Want hulpvragers die op de hoogte zijn van het bestaan van een succesvolle techniek kunnen bij de geconsulteerde hulpverlener pleiten voor het aanwenden ervan (van Yperen, 2003, 2004; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005). De kanalen die men kan aanspreken om geprotocolleerde behandelingstechnieken bekend te maken bij de cliëntengroep zijn media zoals het nieuws, (populaire) (welzijns- en gezondheids)tijdschriften, of welzijns- en gezondheidswebsites (van Yperen, 2003, 2004).

2.7.3 Borging van behandelingsmethodieken en –technieken

Hulpverleners zijn er unaniem voorstander van om succesvolle behandelingsprogramma's ter beschikking te stellen van collega's binnen het zorgveld. De hinder die van Yperen en Bakker (2008) hierbij vaststellen, is dat intermediairs elk op hun beurt weer wat sleutelen aan de behandelingsmethodiek, zodat andermaal een nieuwe behandelingsvariant met een bijpassende nieuwe naam ontstaat. Dit kan positief zijn, in geval behandelaars door middel van deze bijwerking willen tegemoet komen aan de behoeften van een andere specifieke doelgroep, en ze dus eigenlijk maatwerk willen afleveren. Maar de doorgevoerde aanpassingen waarborgen niet langer de aangetoonde kwaliteit van het oorspronkelijke behandelingsprogramma. Anderzijds pogen intermediairs door het dusdanig wijzigen van onderdelen van behandelingsmethodieken, de kosten en implementatievoorwaarden van een behandelingsprogramma te ontduiken (doorgaans in het geval van een strikt gereguleerd behandelingsprogramma van type I).

2.8 Van een innoverend zorgvernieuwingsidee vanuit het beleid naar een innoverend zorgvernieuwingsproject in de praktijk: plan van aanpak voor een succesvolle implementatie

2.8.1 Implementatie binnen een weerbarstig veld

In de vorige hoofdstukken werd een breed beeld geschetst van het ambitieuze protocolleringproject. Deze innovatie uitgedacht op beleidsniveau moet echter nog zijn implementatie vinden binnen de muren van de welzijnssector. Deze implementatie omschrijft ZorgOnderzoek Nederland (in Zijlstra et al., 2005, p.2) als *'(...) de invoering van vernieuwingen en/of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het beroepsmatig handelen, in het functioneren van organisatie(s) of in de structuur van de gezondheidszorg'*. Vrakking (in Van Kooij, Ravensbergen, & Smet, 2001, p.34) vult aan dat deze implementatie gerealiseerd moet worden binnen *'(...) een weerbarstig veld'*. De term weerbarstigheid doet vermoeden dat de ingebruikname van het protocolleringproject mogelijk niet van een leien dakje zal verlopen. Met het oog op een zo succesvol en wijd verspreid mogelijke ingebruikname, maken we daarom een inventaris van de factoren die dit in de weg zouden kunnen staan. Kennis hiervan kan ons de gelegenheid bieden om deze variabelen adequaat te neutraliseren en de implementatieslaagkans van het project te verhogen.

In de literatuur vinden we twee modellen die een balans maken van de belemmerende variabelen voor de verspreiding en ingebruikname van vernieuwingen. Arroll (2003) weerhoudt binnen de welzijnssector zeven categorieën van bemoeilijkende factoren, gegroepeerd binnen drie hoofdrubrieken:

1. Kennis

- 1) De welzijnssector beschikt over te weinig kennis van het zorgvernieuwingsproject.
- 2) De welzijnssector is te weinig vertrouwd met het zorgvernieuwingsproject.

2. Attitudes

- 3) De welzijnssector is het niet voldoende eens met het zorgvernieuwingsproject.
- 4) De welzijnssector heeft te weinig vertrouwen in de eigen kunde om het zorgvernieuwingsproject in de praktijk toe te passen.
- 5) De welzijnssector koestert lage verwachtingen over het toepassingssucces van het zorgvernieuwingsproject.
- 6) Door vroegere ervaringen met zorgvernieuwingsprojecten is de welzijnssector weinig geneigd om dit nieuwe project te implementeren.

3. Gedrag

- 7) Externe barrières gerelateerd aan de cliënt (weigeren mee te werken aan het project), de omgeving van de welzijnssector (onvoldoende financiële of materiële middelen) of het zorgvernieuwingsproject zelf.

Gross et al. (in Van der Kamp et al., 1993) beperken hun model tot vier groepen versperrende variabelen:

1. Gebrek aan duidelijkheid over en inzicht in wat, inherent aan het zorgvernieuwingsproject, de nieuwe taken van de welzijnssector zijn.
2. Een tekort aan vaardigheden en kennis om het zorgvernieuwingsproject degelijk uit te voeren.
3. Het ontbreken van noodzakelijke voorzieningen, middelen en materialen om het zorgvernieuwingsproject uit te voeren (bijvoorbeeld personeel en financiële middelen).
4. Het ontbreken van organisatorische randvoorwaarden (bijvoorbeeld onvoldoende tijd voor implementatie van het project, of overbelasting van de werkdruk van intermediairs).

Voor de verdere bespreking van een succesvolle ingebruikname van ons zorgvernieuwingsproject – het beschrijven, evalueren en verspreiden van bestaande behandelingswerkvormen - ontwikkelen we op basis van beide modellen een eigen theoretisch ontwerp. Dit omvat vier factorengroepen die alle mogelijke dwarsbomende variabelen tracht te overkoepelen:

1. Negatieve/pessimistische attitudes van de welzijnssector met betrekking tot het beschrijven, evalueren en verspreiden van bestaande methodieken.
2. Ontoereikende vaardigheden en kennis binnen de welzijnssector om dit zorgvernieuwingsproject succesvol uit te voeren.
3. Ontoereikende noodzakelijke voorzieningen om het beschrijven, evalueren en verspreiden van bestaande behandelingsprogramma's mogelijk te maken.

2.8.2 Strategieën ter bevordering van het beschrijven, verspreiden en in gebruik nemen van behandelingsmethodieken en –technieken

Om de kans op welslagen van ons zorgvernieuwingsproject “beschrijven, evalueren en verspreiden van bestaande behandelingsmethodieken en –technieken in het zorgveld” significant te verhogen, bespreken we strategieën om de drie afremmende pijlers in het geconstrueerde theoretische model te neutraliseren.

2.8.2.1 Counteren van negatieve/pessimistische attitudes ten opzichte van het beleidsgestuurde protocolleringsproject

Vooreerst presenteren we een greep van mogelijke attitudes die ertoe kunnen leiden dat de welzijnssector zich niet, moeizaam of met tegenzin schaart achter de implementatie van het protocolleringsproject:

- De sector beleeft het protocolleringsproject als opgedrongen vanuit het beleid
- De sector is het niet eens met het uitgangspunt en het opzet van het project
- De sector schat het slagingspercentage van het project laag in
- De sector heeft minder goede/slechte ervaringen met voormalige beleidsgestuurde zorgvernieuwingsprojecten

Dergelijke attitudes ten aanzien van zorgvernieuwingsprojecten omvatten drie componenten, een cognitieve, affectieve en gedragsmatige. De cognitieve component behelst het geheel van denkbare beelden en overtuigingen die een individu koestert ten aanzien van dergelijke projecten. De affectieve component refereert aan de gevoelsmatige beoordeling van zorgvernieuwingsprojecten, waardoor intermediairs zorgvernieuwingsprojecten accepteren of afstoten. De gedragsmatige component omvat tenslotte de intentie om een zorgvernieuwingsproject op een bepaalde manier te beantwoorden. Mensen streven er steeds naar om deze drie componenten in evenwicht te houden. Dit wil zeggen dat als intermediairs negatieve overtuigingen en gevoelens koesteren ten aanzien van een zorgvernieuwingsproject, zij ook niet geneigd zullen zijn om het project in hun dagelijks handelen te integreren (Aronson, Wilson, & Akert, 2007).

Willen we deze negatieve attitudevorming en parallel de minimale handelingsbereidheid bij praktijkwerkers ombuigen, dan zijn onderlinge samenwerking en communicatie tussen welzijnssector en beleid de aangewezen strategieën.

2.8.2.1.1 Samenwerking

Van Yperen (2003), Grietens et al. (2005) en Autrique et al. (s.d.) adviseren het beleid om, nadat de regie en de hoofdlijnen van de innovatie op beleidsniveau zijn uitgewerkt, voor de verdere invulling en uitvoering van het protocolleringsproject een nauw samenwerkingsverband te sluiten met de welzijnssector op gewestelijk niveau. Hiertoe kan het beleid vertegenwoordigers van alle betrokkenen binnen de welzijnssector engageren: de wetenschappelijke sector; het management van de verschillende welzijnsvoorzieningen, de intermediairs en hun federaties, de cliënten en hun belangenbehartigers (Harinck, 1991; Abrahamsen et al., 1992; Kanters & Verbeek, 1995; Berkers, 1997; Ministerie van Welzijn en Sport, 1999; Verburg et al., 1999; Nugter, 2000; van Kooij et al., 2001; Franx et al., 2002; Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, 2003, 2004c; Mercx, 2003; Stichting patiëntenvertrouwenspersoon geestelijke gezondheidszorg, 2003; van Yperen, 2004; Grietens et al., 2005; Hoeksema, 2005; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005; Zijlstra et al., 2005; Nederlands jeugdinstituut, s.d.). We lichten beknopt het engagement van elk van deze groepen toe.

- De bereidheid tot het instappen in een zorgvernieuwingsproject moet het beleid in de eerste plaats zien te verwerven bij het management van de zorgvoorzieningen. Daarom adviseren van der Kamp et al. (1993) en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005) om vertegenwoordigers van deze groep te betrekken bij de uitwerking van het project. Via dit engagement geraakt het management immers van dichtbij meer betrokken op de innovatie en geraakt ze intrinsiek meer overtuigd van de meerwaarde ervan. Een management dat tenslotte beziel is door het project, zal daardoor op haar beurt eenvoudiger haar intermediairs kunnen enthousiasmeren voor medewerking (Abrahamsen et al., 1992).
- Met het oog op het wetenschappelijk onderbouwen van in de praktijk gehanteerde behandelingstechnieken, is het aan te raden om ook de wetenschappelijke onderzoeksweld (universiteiten, hogescholen en andere onderzoeksinstituten) uit te nodigen als denkpartner in het protocolleringsproject (Berkers, 1997; van Yperen, 2003).
- Een innovatieproject dat als het ware wordt opgedrongen aan hulpverleners, botst vaak op hevige weerstand. Om dit te voorkomen adviseren verschillende auteurs om praktijkwerkers en hun beroepsgroepen te betrekken bij het zorgvernieuwingsproject (van Yperen, 2003; Brouwer, 2005; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005; Senten, 2007). Hoeksema (2005) concretiseert dat intermediairs die worden betrokken bij een beleidsgestuurde innovatie zich meer scharen achter het project en meer gemotiveerd zijn voor het doorzetten en welslagen ervan.

- Vlaanderen ambieert een vraaggestuurde en cliëntgerichte hulpverlening (Byttebier, 2004). Het beleid kan deze doelstelling al gedeeltelijk vervullen via servicemanagement, dit is het betrekken van cliënten en hun belangengroepen bij het uitdiepen van een innovatief welzijnsproject (van Kooij et al., 2001). Door te luisteren naar en rekening te houden met hun perspectief, belevingen, ervaringen en bedenkingen, kan het beleid al voor de start van het werkelijke hulpverleningsproces deels tegemoetkomen aan de wensen, voorkeuren en behoeften van cliënten (Kanters & Verbeek, 1995; van Driel, 2000; Franx et al., 2002; Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, 2003, 2004c; van Everdingen et al., 2004; Hoeksema, 2005; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005; Rutjes & Pehlivan, 2007; Sneller Beter, 2007; van der Avoort, 2007). Cliënten die gewonnen zijn voor het zorgvernieuwingsproject kunnen volgens Zijlstra et al. (2005) fungeren als een draagvlak dat de ingebruikname van het project positief kan beïnvloeden.

2.8.2.1.2 Communicatie

Negatieve attitudevorming is vaak het gevolg van onwetendheid of foutieve vooroordelen van de welzijnssector over beleidsgestuurde zorgvernieuwingsprojecten. Daarom heeft een samenwerking tussen beleid en de verschillende hierboven vermelde betrokkenen ook een belangrijke communicatieve voorlichtingsfunctie. Via deze communicatie verleent het beleid duidelijkheid over en inzicht in wat het zorgvernieuwingsproject concreet inhoudt (Vermeire, 2000; van Kooij et al., 2001; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005; Zijlstra et al., 2005). Zo kunnen de betrokkenen geïnformeerd worden over de achtergrondfilosofie van het protocolleringsproject, de vooropgestelde doelen en resultaten, het plan van aanpak en de organisatorische aspecten. Lagasse (2004) adviseert naast deze communicatie op informatief niveau, ook aandacht te besteden aan voorlichting op sensibiliserend niveau. Deze sensibilisering houdt in dat de voorlichter de betrokkenen tracht te prikkelen en te steunen, zodat de betrokkenen steeds positiever staan ten overstaan van het project en uiteindelijk de stap zetten tot medewerking.

2.8.2.1.3 Samenwerking en communicatie als omvattend geheel

De literatuur biedt een aantal theoretische modellen die gedetailleerd aanbevelen hoe de overheid haar zorgvernieuwingsproject, bedacht en geregisseerd op beleidsniveau, via samenwerking en communicatie met de welzijnssector succesvol kan implementeren. In de lijn van het advies van Steman en Zomerplaat (1995), Mercx (2003) en Zijlstra et al. (2005) raden al deze modellen aan om een zorgvernieuwingsproject niet hals over kop te lanceren binnen de zorgsector. Dergelijke aanpak resulteert immers in onzekerheid, onveiligheid en chaos. Daarentegen promoten al deze implementatie-ontwerpen een stapsgewijze en beheerste aanpak.

Het model van Lewin (in Abrahamsen et al., 1992; Steman & Zomerplaag, 1995) weerhoudt drie tussenstappen.

1. Unfreezing

Dit stadium heeft als functie om betrokkenen binnen de zorgsector aan te zetten tot het afstappen van hun habituele gebruik van vroegere behandelingswijzen of –technieken, gebruiken en tradities.

2. Changing

Het laten varen van het habituele hulpverleningsgedrag impliceert dat hulpverleners en hun federaties dit moeten inruilen voor een nieuw hulpverleningspatroon. De auteur van dit model bedenkt twee manieren om dit nieuwe patroon eigen te maken. Ten eerste kan gekozen worden voor een vanuit het beleid afgedwongen, als het ware verplichte toepassing van de innovatie. Omdat deze aanpak indruist tegen het samenwerkingsprincipe, kan ook geopteerd worden voor een alternatieve aanpak. Deze benadering houdt in dat het beleid de medewerking en instemming van de zorgbetrokkenen tracht te verkrijgen, om vervolgens de innovatie in de praktijk toe te passen.

3. Refreezing

In deze fase probeert men het nieuwe taakgedrag als het ware een vanzelfsprekend deel van de dagdagelijkse hulpverlening te laten worden. Dit voorkomt dat intermediairs hervallen in hun vroegere manier van werken.

Judson (in Abrahamsen et al., 1992; Steman & Zomerplaag, 1995) ontwikkelde een vijf fase-model.

1. Analyse en planning van de gewenste verandering

In deze eerste fase wordt het zorgvernieuwingsproject op beleidsniveau uitgedacht en voorbereid.

2. Bespreking planning met de welzijnssector

Deze fase kan op zowel gewestelijk als lokaal niveau uitgevoerd worden. In het eerste geval communiceert het beleid aan diverse vertegenwoordigers uit de sector welke stapsgewijze termijnplanning het voor de implementatie van het zorgvernieuwingsproject voor ogen heeft. Maar ook op lokaal niveau, binnen aparte zorgvoorzieningen die wensen mee te werken aan het project, kan een dergelijke bespreking gevoerd worden.

3. Analyse weerstanden en overwinning ervan.

De auteur veronderstelt dat elke verandering en innovatie bij praktijkwerkers automatisch weerstand oproept. Deze weerstand kan min of meer geneutraliseerd worden

door deze vooraf te voorspellen, alsook de omvang ervan in te schatten. Het beleid bedenkt op voorhand dus best constructieve argumenten om eventuele weerstand te weerleggen. Deze laten toe om, op het moment dat de weerstand zich voordoet, er sneller en accurater op in te spelen. Pas als je op die manier de weerstand hebt kunnen overwinnen, kun je de acceptatie van de welzijnssector voor het project verkrijgen.

4. Planmatige invoering

Vervolgens staat binnen de zorgvoorzieningen een beheerste ingebruikname van het vernieuwingsproject op het programma.

5. Consolidatie

In deze slotfase tracht men de verandering een als het ware blijvend en evident deel van het dagelijkse hulpverlenend handelen te laten worden.

Volgens Brinkman (in Steman & Zomerplaag, 1995) verloopt een succesvolle implementatie van een zorgvernieuwingsproject via vier tussenstappen.

1. Oriëntatie

Deze fase vereist een voorlichting over het geplande zorgvernieuwingsproject.

2. Overweging

Deze fase vereist dat het beleid de nodige tijd voorziet opdat betrokkenen binnen de zorgsector het voorgestelde zorgvernieuwingsproject kunnen overdenken. Je kan deze overweging gunstig beïnvloeden door duidelijke informatie te geven over de meerwaarde van het project.

3. Accepteren

Een gunstige overweging kan binnen de zorgsector resulteren in een acceptatie van en intentie om over te gaan tot de realisatie van het zorgvernieuwingsproject.

4. Verandering

De aanvaarding van de verandering maakt dat praktijkwerkers hun hulpverlenend handelen stapsgewijs maar fundamenteel aanpassen. Deze positieve verandering in handelen kan ook een gunstig en aanstekelijk uitstralingseffect hebben naar andere zorgvoorzieningen en intermediairs.

Uit deze greep van implementatie-ontwerpen creëren we, op basis van de meest weerkerende en essentiële componenten, naar goeddunken een eigen theoretisch implementatiemodel. Dit model omvat vijf stadia en fungeert voornamelijk als een integrerende samenvatting van de vorige drie modellen.

1. Analyse en planning

Elke innovatie vereist een diepgravende en intensieve voorbereiding. Hierbij concretiseert het beleid haar innovatie, namelijk beschrijven, evalueren en verspreiden van Vlaamse behandelingsmethodieken. We denken hierbij aan een specificatie van het achtergrondidee van de innovatie, de functie en doelstellingen, alsook de vooropgestelde kwantitatieve en kwalitatieve opbrengsten ervan. Tevens tekent het beleid uit welke termijnplanning het in acht neemt om deze innovatie te implementeren in de welzijnssector, en hoe ze het praktische en organisatorische verloop ervan voor ogen ziet.

2. Weerstandvoorspelling

Elke innovatie stuit doorgaans op reactie en weerstand. Om te voorkomen dat een innovatie en de planning ervan ten onder gaat aan een berg kritiek die het niet kan weerleggen, voert het beleid op voorhand best zelf een prospectieve analyse naar mogelijk verzet uit. Vervolgens breidt men deze analyse bij voorkeur uit met een uitwerking van weerleggende en constructieve argumenten.

3. Grondige introductie

Na het nauwgezette voorbereidingswerk gaan de beleidsontwerpers samen zitten met een groep vertegenwoordigers van alle betrokkenen binnen de welzijnssector. Deze samenkomst heeft als doel om de betrokkenen uitvoerig in te lichten over en te engageren voor de innovatie. Een introductie vereist echter meer dan het simpelweg doceren van deze informatie. De betrokkenen moeten de tijd krijgen om de innovatie en de informatie te overdenken, vragen te stellen, hun bedenkingen te formuleren en onderling en constructief deze te bediscussiëren. Een dergelijke constructieve introductie waarbij de betrokkenen het idee hebben dat ze beter zullen kunnen werken of geholpen zullen worden dan tevoren, kan er tenslotte toe leiden dat de vertegenwoordigers het project accepteren en implementeren in het welzijnslandschap.

4. Verandering

Van de acceptatie en de intentie tot verandering moet het beleid vruchtbaar gebruik maken. In de lijn met het advies van Vink en van Wamel (2007) raden we weliswaar af om de bestaande praktijk bruusk en integraal te vervangen door de innovatie. Daarentegen is een aanpak die vanuit de bestaande praktijk stapsgewijs toewerkt naar de geambieerde praktijk aangewezen. Een eerste stap in de realisatie daartoe is het voorzien van degelijke opleidingen die ervoor zorgen dat intermediairs de noodzakelijke kennis,

vaardigheden en attitudes verwerven die noodzakelijk zijn voor een kwaliteitsvolle ingebruikname van het zorgvernieuwingproject.

5. Bestendiging

Dit slotstadium heeft als opzet om het nieuwe taakgedrag te versterken, zodat het als het ware een vanzelfsprekend deel van de dagdagelijkse hulpverlening wordt. Tevens vervult deze fase een belangrijke monitorfunctie, waarbij de structuur, het proces en de uitkomsten van de innovatie voortdurend in kaart worden gebracht.

2.8.2.2 Ontwikkelen van vaardigheden en kennis om het zorgvernieuwingproject gedegen uit te voeren

Hulpverleners in de welzijnssector mogen dan gewonnen zijn voor het expliciteren, onderbouwen en verspreiden van geprotocolleerde behandelingsprogramma's, als ze echter niet weten hoe ze moeten overgaan tot de uitvoering van deze opdracht, staan we terug bij af (Chambless & Hollon, 1998; van Everdingen et al., 2004; Autrique et al., s.d.). Voornamelijk met het oog op het hanteren van geprotocolleerde behandelingsmethodieken en -technieken wordt unaniem gepleit voor training en vorming van intermediairs (American psychological association, Division 12, Task force on promotion and dissemination of psychological procedures, 1993; Wilson, 1996; Ersozs, in Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2002; Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, 2002, 2005b; Ministry of health, 2002; Braet, 2003; Veerman, 2003; van Yperen, 2004; American psychological association, 2005b; Vlaskamp et al., 2005; Zijlstra et al., 2005; Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2007; Autrique et al., s.d.). Voor een kwaliteitsvolle training en onderricht in het benutten van geprotocolleerde behandelingsmethodieken bestaat een breed gamma aan didactische werkvormen.

2.8.2.2.1 Grootschalige educatieve werkvormen

Ten eerste kan gekozen worden voor grootschalige educatieve bijeenkomsten, zoals congressen, studiedagen en hoorcolleges (Veerman, 2003; van Yperen, 2003, 2004). Dit zijn voornamelijk éénrichtingswerkvormen waarbij de instructor de ontwikkeling en/of werking van behandelingsmethodieken doceert en/of demonstreert. Enerzijds biedt deze didactische werkvorm aan veel intermediairs tegelijk de mogelijkheid om kennis over geprotocolleerde methodieken op te bouwen. Maar anderzijds bestaat er een groot gevaar dat de hulpverlener via deze docerende en/of demonstrerende werkvorm niet voldoende de nodige vaardigheden heeft kunnen verwerven om daadwerkelijk de stap te zetten tot het zelf hanteren van bestaande behandelingsprogramma's. Hetzelfde risico schuilt in de zelfstudie van handleidingen.

2.8.2.2.2 *Moderne, interactieve didactische werkvormen*

Het gevaar voor het niet voldoende beheersen van de gedragsvaardigheden noodzakelijk voor het gedegen hanteren van geprotocolleerde interventies, kan omzeild worden door te opteren voor meer moderne, interactieve didactische werkvormen. We denken hierbij aan bijeenkomsten/workshops/werkcolleges waarbij de gedragsvaardigheden ingeoefend en getraind worden, en dit onder deskundige supervisie die de nodige feedback en bijsturing voorziet (American psychological association, Division 12, Task force on promotion and dissemination of psychological procedures, 1993; De Bie, in Berkers, 1997; Braet, 2003; van Yperen, 2003, 2004; Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling, 2004a, 2006a; Zijlstra et al., 2005; Autrique et al., s.d.).

Deze interactieve werkvormen kunnen aangevuld worden met meer sociale werkvormen, waarbij intermediairs in het werkveld educatieve praktijkbezoeken brengen aan hulpverleningsinstellingen die reeds geprotocolleerde behandelingstechnieken ontwikkelden en/of deze dagelijks gebruiken (van Yperen, 2003, 2004).

Zijlstra et al. (2005) besluiten dat een combinatie van deze verschillende werkvormen het meeste effect sorteert.

2.8.2.2.3 *Onderwijscurricula*

Ten slotte is waarschijnlijk een belangrijke rol weggelegd voor de onderwijsinstellingen die professionele en academische opleidingen toegespitst op de welzijnssector aanbieden (Berkers, 1997; van Yperen, 2003; van Everdingen et al., 2004). Binnen bijvoorbeeld het studieonderdeel wetenschappelijke onderzoeksmethoden en –technieken, kan het waardevol zijn om studenten via werkcolleges (praktijk)kennis en –ervaring bij te brengen in het wetenschappelijk praktijkgericht onderzoeken van behandelingstechnieken. We rekenen er ook op dat de onderwijsprogramma's het bestaan, de functie en het gebruik van geprotocolleerde behandelingsmethodieken belichten, bediscussiëren, aanmoedigen en trainen. Want het integreren van dit zorgvernieuwingsproject binnen de onderwijscurricula bevordert de implementatie en een brede verspreiding (van Everdingen et al., 2004).

2.8.2.3 **Verlenen van noodzakelijke en aanvullende voorwaarden voor het implementeren van een zorgvernieuwingsproject**

Om de implementatie van een innovatieproject in de zorgvoorzieningen mogelijk te maken, adviseren verschillende auteurs om de daartoe essentiële voorwaarden te voorzien. Steman en Zomerplaag (1995) weerhouden drie groepen voorwaarden:

I. Organisatorische voorwaarden

- deskundigheidsbevordering

Aan deze voorwaarde wordt tegemoet gekomen via de bovenstaande geadviseerde trainingen in het hanteren van geëxpliciteerde behandelingsmethodieken (Steman & Zomerplaag, 1995; Ersozs, in Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2002).

- Een motiverende werksituatie (Abrahamsen et al., 1992; Steman & Zomerplaag, 1995)

Als overheid kan men naast samenwerking en communicatie met de intermediairs, door twee complementaire acties hulpverleners motiveren voor het expliciteren en evalueren van de eigen behandelingsprogramma's en het hanteren van bestaande protocollen. Na het introduceren van het zorgvernieuwingsproject kan men intermediairs, op voorwaarde dat ze voldoende deskundig zijn, dit project 1) zelfstandig en 2) zonder directe controle laten uitvoeren. Dergelijke aanpak geeft hulpverleners een groter gevoel van verantwoordelijkheid. Ze voelen zich gerespecteerd en proberen via een goede taakrealisatie het in hun gestelde vertrouwen niet te beschamen. Bovendien krijgen hulpverleners via deze zelfstandige aanpak van binnenuit ook meer inzicht in het functioneren en het belang van de ontwikkeling en toepassing van geprotocolleerde behandelingsinterventies.

- Tijd en middelen

Bij het lanceren van een zorgvernieuwingsproject pleit Berkers (1997) ervoor dat intermediairs dit project kunnen realiseren binnen hun werktijd. Projectrealisatie bovenop de vaste werkuren zorgt immers voor een nog hogere taakbelasting. Deze overbelasting wordt dan vaak opgelost door het links laten liggen van het project (Berkers, 1997). Ook voor de verdere praktische invoering van het project moet de wezijnsector kunnen beschikken over de noodzakelijke materiële en financiële middelen (Abrahamsen et al., 1992; Steman & Zomerplaag, 1995; Berkers, 1997; Ersozs, in Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2002; Ministry of Health, 2002; van Yperen, 2003, 2004; Hoeksema, 2005; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005; Zijlstra et al., 2005; Nederlands jeugdinstituut, s.d.). Van Yperen en Bakker (2008) merken immers op dat er drie posten zijn waarop ontwikkelaars van behandelingsmethodieken substantiële financiële onkosten scheppen:

- Ontwikkeling en onderzoek van de behandelingsmethodiek of –techniek.
- Indien zorgvoorzieningen behandelingsmethodieken op basis van hun eigen werkmiddelen hebben ontwikkeld en onderzocht, dan kan het gebeuren dat zorgvoorzieningen de onkosten hiervan via de verspreiding van hun methodiek willen terugvorderen. Dergelijke commerciële scenario's kunnen vermeden worden door het ontwikkelen en onderzoeken van behandelingsprogramma's via publieke middelen te financieren.

- Onderhoud, vernieuwing en doorontwikkeling van behandelingsprogramma's.
- Deze kost kan gefinancierd worden door de inkomsten van de verspreiding van het programma, door middel van een project- of andere publieke subsidie, of via financiële steun van zorgverzekeraars of andere externe financiers.
- Training, materiaal en kwaliteitsmonitoring van behandelingsmethodieken en –technieken.
- Indien zorgvoorzieningen een subsidie krijgen toegewezen om hun methodiek te verspreiden onder collega-zorgvoorzieningen, dan kan de implementatiekost voor zorgaanbieders beperkt blijven. Indien zorgvoorzieningen zelf moeten instaan voor het implementeren van hun methodiek in het werkveld, dan zijn ze als het ware verplicht om de kost hiervan door te rekenen aan collega-hulpverleners die geïnteresseerd zijn in het gebruik ervan.

2. Culturele voorwaarden

Met de zorginstellingen creëert het beleid bij voorkeur een sfeer van betrokkenheid en samenwerking, openheid en respect voor de beleving van de intermediairs. Dergelijk klimaat bevordert het aanvaarden en internaliseren van zorgvernieuwingsprojecten (Steman & Zomerplaag, 1995; Berkers, 1997).

3. Procedurele voorwaarden

De implementatie van een innovatief project wordt versoepeld naarmate deze verenigbaar is met de bestaande totale gang van zaken in de zorgvoorziening (Steman & Zomerplaag, 1995; Bijl, 1996; Zijlstra et al., 2005).

Wanneer, ondanks het verlenen van een legio aan gunstige implementatiecondities, zorginstellingen er resoluut van afzien om stapsgewijs mee te gaan in dit innoverend zorgvernieuwingsproject, stellen van Yperen (2003, 2006) en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005) voor om vanuit het beleid een aantal maatregelen te nemen. Zo kan de overheid niet-meewerkende zorginstellingen sanctioneren. Instellingen die wel instappen in het project zou de overheid anderzijds moeten belonen door bijvoorbeeld positieve aandacht, erkenning of financiële vergoeding (Ersozs, in Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2002; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2005). Deze positieve bekrachtiging kan, volgens het principe van sociaal leren, voor de niet-meewerkende zorgvoorzieningen de juiste prikkel zijn die hun halsstarrige houding mogelijk ombuigt (van Yperen, 2003).

3 REFERENTIES

Abrahamsen, T. G., van den Beemt, C., & van Rulo, C. A. M. (1992). *Kwaliteitsmanagement*. Utrecht: Teleac.

American Psychiatric Association (2006). *Appendix. Practice Guideline. Development Process*. Arlington: American Psychiatric Association.

American Psychological Association, Division 12, Task force on promotion and dissemination of psychological procedures (1993). *A report adopted by the division 12 board*. Washington D.C.: American psychological association.

American Psychological Association (2002a). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American psychologist*, 57(12), 1052-1059.

American Psychological Association (2002b). Criteria for practice guideline development and evaluation. *American psychologist*, 57(12), 1048-1051.

American Psychological Association (2005a). *Policy statement on evidence-based practice in psychology*. Washington D.C.: American psychological association.

American Psychological Association (2005b). *Report of the 2005 presidential task force on evidence-based practice*. Washington D.C.: American Psychological Association.

Aronson, E., Wilson, T.D., & Akert, R.M. (2007). *Sociale psychologie*. New York: Addison-Wesley.

Arroll, B. (2003). Why are guidelines not used and what can be done to change that? *The New Zealand Family Physician*, 30(5), 324-326.

Atherton, C., Barratt, M., & Hodson, R. (2005). *Teamwise. Using research evidence. A practical guide for teams*. Devon: Research in practice.

Autrique, M., Vanderplasschen, W., Pham, T.H., Broekaert, E., & Sabbe, B. (s.d.). *Evidence-based werken in de verslavingszorg: een stand van zaken. Samenvatting*. Brussel: Federaal Wetenschapsbeleid.

Baarda, D.B., De Goede, M.P.M., & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek: handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese.

Baert, S. (2006). *Meetinstrumenten en behandelrichtlijnen in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. Inventaris 2006. Deel 2*. in VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent: VVGG.

Belgische Federatie van Psychologen, Nederlands Instituut van Psychologen, & Internationale Test Commissie (s.d.). *Internationale richtlijnen voor het gebruik van tests*. Brussel/Amsterdam: s.n.

Berkers, W. (1997). *Praktijkgericht onderzoek en methodieontwikkeling. Reflectie op het methodisch handelen van de hulpverlener*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Beutler, L. E. (1998). Identifying empirically supported treatments: what if we didn't? *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 113-120.

Bijl, B. (1996). *Innovaties in de jeugdhulpverlening. Over het rendement en de soliditeit van nieuwe hulpprogramma's*. Leiden: DSWO Press.

Bijl, B., & Van den Bogaart, P. H. M. (1992). Het 'experiment proefpolders': op weg naar een mer adequaat hulpaanbod? *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 33, 106-115.

Boendermaker, L., Harder, A., Speetjens, P., van der Pijl, Bartelink, C., & van Everdingen, J. (2007). *Programmeringsstudie Jeugdzorg*. Utrecht/Groningen: Nederlands Jeugdinstituut/Rijksuniversiteit Groningen.

Borkovec, T. D., & Castonguay, L. G. (1998). What is the scientific meaning of empirically supported therapy? *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 136-142.

Bower, P. (2003). Efficacy in evidence-based practice. *Clinical psychology and psychotherapy*, 10, 328-336.

Braet, C. (2003). Behandelprotocollen: een revolutie in de kinderpsychotherapie? In P. Hamers, K. Van Leeuwen, C. Braet & L. Verhofstadt-Denève (Red.), *Moeilijke kinderen of kinderen die het moeilijk hebben? Evidence-based werken, niet zo evident* (pp. 245-261). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

Braet, C., Meerschaert, T., Merlevede, E., Bosmans, G., Van Leeuwen, K., & De Mey, W. (2006). Prevention of antisocial behaviour: evaluation of an early intervention programme. *European Journal of Developmental Psychology*, 00(0), 1-18.

Brandsma, W., & Wams, R. (s. d.). *Het wat, waartoe, waarom en hoe van protocollen, standaarden en richtlijnen*. Geraadpleegd op 13 september 2007, op http://www.paramedisch.org/issue.asp?id=1997_14

Brouwer, M. (2005). *Werken met protocollen. Een onderzoek naar de ervaringen met het werken met protocollen binnen de maatschappelijke hulpverlening*. Onuitgegeven scriptie, Christelijke Hogeschool Windesheim, School of social work.

- Bruinsma, W., van Rossum, J., & Konijn, C. (2008). *Jeugdzorg in onderzoek: effectief samenwerken voor jeugd en gezin. Congresbundel*. Programmaministerie voor jeugd en gezin, ZonMw, RIVM/Centrum jeugdgezondheid en het Nederlands jeugdinstituut.
- Byttebier, A. (2004). *Beleidsbrief welzijn, gezondheid en gelijke kansen*. Brussel: Vlaamse Overheid.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 7-18.
- Clarke, G. N. (1995). Improving the transition from basic efficacy research to effectiveness studies: methodological issues and procedures. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(5), 718-725.
- De Cauter, F., & Walgrave, L. (1999). *Methodiek van de preventieve projectwerking*. Leuven/Amersfoort: Acco.
- De Mey, W. (2005). *Samen sterker terug op pad. Een vroege interventie voor jonge kinderen met gedragsproblemen*. Amsterdam: SWP.
- De Mey, W., & Thyssen, I. (2003). STOP, een experimenteel, ecologisch preventieprogramma voor jonge kinderen (4 tot 7 jaar) met gedragsproblemen. In P. Hamers, K. Van Leeuwen, C. Braet & L. Verhofstadt-Denève (Red.), *Moeilijke kinderen of kinderen die het moeilijk hebben? Evidence-based werken, niet zo evident* (pp. 223-234). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- De Ruyter, D. J. (2001). *Schrijven van modules en zorgprogramma's in de jeugdzorg. Handleiding*. Utrecht: NIZW.
- De Swart, J. (2007). De relatie tussen professionaliteit en effectiviteit in de jeugdzorg. In Bruinsma, W., Konijn, C., & van der Steege, M., *Jeugdzorg in onderzoek: de professional en effectiviteit* (pp. 112-113). Utrecht: Nji.
- Delamothe, T. (1993). Wanted: guidelines that doctors will follow. Implementation is the problem. *British medical journal*, 307, 218.
- Didsbury, P. (2003). Benefits of best practice guidelines: evaluation and applying the evidence. *The New Zealand Family Physician*, 30(5), 317-323.
- Diest, H. V., Wijngaarden, B. V., & Wennink, J. (2002). *De vraag ontleed. Criteria voor een vraaggerichte geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Dooper, M. (2007). *Uitdagingen in de care. Evidence based werken, nieuwe zorgvormen, nieuwe wetgeving*. Geraadpleegd op 14 september 2007, op <http://www.zonmw.nl/nl/organisatie/publicaties/mediator/archief/mediator-8-2005/uitdagingen-in-de-care>

Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). *The heroic client: doing client-informed, outcome-directed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Evers, A., van Vliet-Mulder, J.C., & Groot, C.J. (2000). *Documentatie van tests en testresearch in Nederland. Deel I. Testbeschrijvingen*. Assen: Van Gorcum & Comp.

Faas, M. (s.d.). *Visie op de jeugdzorg. Bewust, betrokken en betrouwbaar: het visiedocument van de zorgaanbieders in de jeugdhulpverlening*. Zeist: s.n.

Faas, M. (2004). Jeugdzorg geen zorgenkind. *Pedagogiek in de praktijk*, 19.

Franx, G., Eland, A., & Verburg, H. (2002). Transparante zorg in de GGZ: van de bomen en het bos. Onderscheid en samenhang tussen richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 57, 1036-1050.

Garfield, S. L. (1998). Some comments on empirically supported treatments. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 121-125.

Geddes, J., & Wessely, S. (2000). Clinical standards in psychiatry. How much evidence is required and how good is the evidence base? *Psychiatric Bulletin*, 24, 83-84.

Green, J., & Thorogood, N. (2004). *Qualitative methods for health research*. London/Thousand Oaks/New Delhi: SAGE Publications.

Grietens, H., Maes, B., De Cock, P., & Sniekers, K. (2004). *Inventaris en analyse van het diagnostisch aanbod van de multidisciplinaire teams: een bijdrage aan de uniformering en protocollering van de diagnostische praktijk. Een onderzoek in opdracht van het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap*. Onuitgegeven onderzoek, K.U.Leuven, Faculteit psychologie en pedagogische wetenschappen, centrum voor orthopedagogiek.

Grietens, H., Vanderfaeillie, J., & Hellinckx, W. (Red.) (2005). *Handboek orthopedagogische hulpverlening. Nieuwe ontwikkelingen in het zorgveld*. Leuven/Voorburg: Acco.

Groen, A., Ooms, H., & Loeffen, M. (2005). *Over professionalisering in de jeugdzorg*. Geraadpleegd op 10 september 2007, op <http://www.beroepseer.nl/publicaties/professionaliseringjeugdzorg.doc>

Halkes, J. (1996). *Wetenschappelijk onderzoek en protocollering*. Geraadpleegd op 14 september 2007, op <http://www.schizofrenieplein.nl/hulp/nieuws/yn61/publieks.htm>

Harinck, F. J. H. (1991). Evaluatie in de instelling: wat kun je er mee doen? *Kind en adolescent*, 12(4), 215-226.

Harteloh, P. P. M., & Casparie, A. F. (2001). *Kwaliteit van zorg. Van zorginhoudelijke benadering naar bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Hermans, D. (2001). De protocolbenadering als paard van Troje: over de valse tegenstelling tussen op maat gesneden en protocollaire behandelingen. *Gedragstherapie*, 34(2), 163-170.

Hermanns, J., Öry, F., & Schrijvers, G. (2005). Effectieve interventies bij internaliserende en externaliserende problemen van kinderen en jongeren en zorgwekkende opvoedingssituaties. In J. Hermanns, F. Öry, & G. Schrijvers, *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder sneller en beter. Een advies over een vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen* (pp. 55-66). Utrecht: Integratedcare.

Hermanns, J. M. A. (1993). Tussen praktische theorieën en theoretische praktijken. In S. M. J. Van Hekken, N. W. Slot, J. Stolk, & J. W. Veerman (Red), *Pedologie tussen wetenschap en praktijk* (pp. 19-30). Utrecht: De tijdstroom.

Hoeksema, J. (2005). *Voorstel programma doelmatigheidsonderzoek ronde 2007, ronde 2008, ronde 2009*. Den Haag: ZonMw.

Jansen, M. G., Schüller, C. M. L., Oud, J. H. L., & Arends, C. (1995). Evaluatieonderzoek in de residentiële jeugdhulpverlening. Gedragsveranderingen bij reguliere en voortijdige vertrekkers. *Kind en adolescent*, 16(4), 211-227.

Jorritsma, T. J. (2001). Geen kookboekrevalidatie, wel gz-psycholoog. In Nederlands Instituut voor Psychologen, *Jaarverslag 2001* (pp. 10-14). Amsterdam: NIP.

Kaasenbrood, A., Van der Werf, B., & Hanneman, P. (2006). Getemde professionals, gestremde zorg. Over algemene regels van boven en controle op de naleving ervan in de GGZ. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 61(1), 9-21.

Kanters, T., & Verbeek, G. (1995). *Kwaliteit in werking. Een handleiding voor methodische kwaliteitsbevordering in teams verzorging*. Utrecht: NIZW.

Kazdin, A. E., & Weisz, J. R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 19-36.

Keijsers, G. P. J., van Minnen, A., & Hoogduin, C. A. L. (2004). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Keymolen, S., & Casselman, J. (2007). *Metten van uitkomsten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Literatuurstudie 2007. Deel 3*. In de VVGG-reeks: uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent: VVGG.

Kip, G. (Red.) (2001). *Innovatie in de zorgsector. Jaarboek 2000/2001*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.

Konijn, C., Schulze, E., & Schut, T. (2007). Spirit onderzoekt eigen effectiviteit. Praktijkgerichte analyse van methodieken. *JeugdenCo*, 1, 37-50.

Koster, K. B. (1993). Praktijkgericht onderzoek in de pedagogiek: kenmerken en (on)mogelijkheden. *Nederlands tijdschrift voor opvoeding, vorming en onderwijs*, 9(3), 148-155.

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (2003). *Agree instrument. Handboek*. Utrecht: kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO.

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (2007). *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden*. Utrecht: kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO.

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (2002). *Implementatie. Modelproject van OKAB, Ondersteuning Kwaliteitszorg Alternatieve Behandelwijzen*. Utrecht: kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO.

Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO (2004). *Visie op kwaliteit*. Utrecht: kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO.

Lagasse, L. (2004). *Sociale marketing. Instrument voor duurzame gedragsveranderingen bij grote groepen*. Antwerpen: De Boeck.

Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.

Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling (2002). Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen. *Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen*, 1.

Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling (2003). Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen. *Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen*, 2.

Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling (2004a). Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen. *Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen*, 3.

Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling (2004b). Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen. *Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen*, 4.

Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling (2004c). Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen. *Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen*, 5.

Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling (2005a). Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen. *Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen*, 6.

Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling (2005b). Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen. *Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen*, 7.

Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling (2005c). Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen. *Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen*, 8.

Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling (2006a). Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen. *Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen*, 9.

Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling (2006b). Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen. *Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen*, 10.

Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling (2007a). Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen. *Nieuwsbrief GGZ-richtlijnen*, 11.

Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling (2007b). *GGZ-richtlijnen*. Geraadpleegd op 27 september 2007, op <http://www.ggzrichtlijnen.nl/index.php?pagina=/site/pagina.php&id=54341>

Lauteslager, M. (2006). Het evidence-beest heeft kuren. Gebruik en misbruik van EBP, RCT- en EST-methodologie. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 32(5), 347-366.

Leffingwell, T. R. (2006). A model for teaching empirically supported therapies in a graduate course: the behavior therapy seminar series. *The behavior therapist*, 29(4), 77-80.

Leijssen, M. (2003). De ethiek van evidence based psychotherapie. *Tijdschrift klinische psychologie*, 33(4), 142.

Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Association for psychological science*, 2(1), 53-70.

Mahrer, A. R. (2005). What is psychotherapy for? A plausible alternative to empirically supported therapies, therapy relationships, and practice guidelines. *Journal of contemporary psychotherapy*, 35(1), 99-115.

Maso, I., & Smaling, A. (Red.) (1990). *Objectiviteit in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam/Meppel: Uitgeverij Boom.

McIntyre, J. S. (2002). Usefulness and limitations of treatment guidelines in psychiatry. *World Psychiatry*, 1(3), 186-189.

Mercx, M. (2003). *Voorstel programma doelmatigheidsonderzoek 2003 – 2006*. Den Haag: ZonMw.

Mesman Schultz, K., van Gageldonk, A., & Messing, C. T. H. M. (1997). *Een toekomst voor jeugdhulpverlening. Verwachtingen en aanbevelingen voor toekomstig beleid*. Leiden: DSWO Press.

Michie, S., & Johnston, M. (2004). Changing clinical behaviour by making guidelines specific. Efforts to get doctors to follow guidelines have overlooked the importance of clear and concise recommendations. *British medical journal*, 328, 343-345.

Migchelbrink, F. (2005). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: SWP.

Ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport (1999). *Beleidsvisie geestelijke gezondheidszorg 1999*. Den Haag: Ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport.

Ministry of education (2007). *What do we know about effective interventions for children and young people with autism spectrum disorder (ASD)?* Wellington: Ministry of education.

Ministry of health (2002). *Toward clinical excellence. An introduction to clinical audit, peer review and other clinical practice improvement activities*. Wellington: Ministry of health.

Moran, P., Ghatge, D., & van der Merwe, A. (2004). *What Works in parenting support? A review of the international evidence*. London: department for education and skills.

Mortelmans, D. (2007). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Leuven/Voorburg: Acco.

Nederlands jeugd instituut (s. d.). *Effectieve interventies*. Geraadpleegd op 12 september 2007, op <http://www.nji.nl>

Nugter, A. (2000). Praktijkgericht onderzoek in de GGZ. Een literatuurverkenning. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 55(3), 231-243.

Peeters, K. (2007). *Septemberverklaring van de Vlaamse regering. 24 september 2007*. Brussel: Vlaamse Regering.

Prins, P., & Pameijer, N. (Red.) (2000). *Protocolen in de jeugdzorg. Richtlijnen voor diagnostiek, indicatiestelling en interventie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2005). *Van weten naar doen*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Rutjes, L., & Pehlivan, T. (2007). Discussie over effectiviteit: waar is de mening van de cliënt zelf? In Bruinsma, W., Konijn, C., & van der Steege, M., *Jeugdzorg in onderzoek: de professional en effectiviteit* (pp. 158-159). Utrecht: Nji.

Scottish intercollegiate guidelines network (2004). *SIGN guideline development handbook*. Geraadpleegd op 5 oktober 2007, op <http://www.sign.ac.uk/methodology/index.html>

Senten, M. (2007). ZonMW investeert in jeugdzorg. *JeugdenCo*, 1, 57-60.

Shekelle, P., Eccles, M. P., Grimshaw, J. M., & Woolf, S. H. (2001). When should clinical guidelines be updated? *British medical journal*, 323, 155-157.

Sneller Beter (2007). Patiëntenparticipatie rode draad zorgproces. *Patiënt op 1*, januari, 1-8.

Speetjens, P. (2007). Overzicht van vijftien jaar jeugdonderzoek. Programmeringsstudie jeugdzorg. *JeugdenCo*, 3, 30-38.

Steman, C., & Zomerplaag, J. (1995). *Handleiding protocollen. Methodiek voor het opstellen en invoeren van protocollen in de gehandicaptenzorg*. Utrecht: NIZW.

Steyaert, J. (1996). *In de ban van het getal. Cliëntenregistratie in de Vlaamse ambulante welzijnszorg*. Onuitgegeven doctoraal proefschrift, Universitaire Instelling Antwerpen, Antwerpen.

Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg (2003). Protocol als hulpmiddel. *PVP-krant*, 13(3).

Stoopendaal, A., & Kröber, H. (2006). *Van professionele distantie naar professionele presentie*. Geraadpleegd om 11 september 2007, op http://rijnland.web-log.nl/rijnland/files/71_van_distantie_naar_presentie.pdf

Swinkels, J. A. (1994). Richtlijnen in de psychiatrie, een noodzakelijk goed? *Tijdschrift voor psychiatrie*, 36(4).

Takens, R. J. (2004). Richtlijnen en denkwijzen. Een reactie op de Conceptrichtlijnen depressie en angststoornissen. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 30(1), 39-51.

Ten Berge, E. (1986). Methodiekontwikkeling door onderzoek: een praktijkvoorbeeld. *Tijdschrift voor agologie*, 6, 323-339.

Tunnard, J. (2001). *Commissioning and managing external research. A guide for child care agencies*. Devon: Research in practice.

- Van Daalen, & Hondius, A. J. K. (1996). Het gebruik van protocollen in de psychiatrie. Zorg dat je erbij blijft! *Tijdschrift voor de psychiatrie*, 38(4).
- Van Dale taalweb (2007). *Onlinewoordenboek*. Geraadpleegd op 8 oktober 2007, op <http://www.vandale.nl/opzoeken/woordenboek>
- Van den Berg, G., & de Graaf, M. (2007). Weten dat het werkt. Theoretische onderbouwing van beroepsmatig pedagogisch handelen. *JeugdenCo*, 2, 26-34.
- Van den Hout, M. (1994). Effectieve therapie verdient vergoeding. *De psycholoog*, 29, 107-108.
- Van der Avoort, C. J. (2007). *Toolbox. Patiëntenparticipatie in ketenzorg*. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO.
- Van der Kamp, M., van Houten, D., van der Laan, G., Wolf, J., Hesser, K. E. H., & de Bie, D. (1993). *Methodiekontwikkeling: concepten en trajecten*. Utrecht: SWP.
- Van der Ploeg, J. (Red.) (2004). *Methodiekontwikkeling in beeld*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Van de Veire, H., Beuselinck, K., & Braet, C. (2003). Protocollen en beslisbomen in het CLB. *Caleidoscoop*, 15(1), 6.
- Van Driel, M. (2000). Evidence-based medicine: het perspectief van de patiënt. *Huisarts Nu (Minerva)*, 29(9), 412-443.
- Van Everdingen, J. J. E., Bugers, J. S., Assendelft, W. J. J., Swinkels, J. A., van Barneveld, T. A., & van de Klundert, J. L. M. (2004). *Evidence-based richtlijnontwikkeling. Een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Van Gageldonk, A., & Bartels, A. A. J. (1991). Evaluatie-onderzoek in de jeugdhulpverlening. Opzet en resultaten van een overzichtsstudie. *Kind en adolescent*, 12(1), 1-18.
- Van Ijzendoorn, W. J. E., & van der Laan, G. (1996). Welzijnswerkers leveren geen hondebrokken. Uitgangspunten voor mensgerichte kwaliteitszorg. *Sociale interventie*, 3, 131-138.
- Van Kalmthout, M. (2000). De eigen identiteit van de psychotherapeut. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 26(2), 111-121.
- Van Kooij, C. R., Ravensbergen, J. M., & Smet, N. J. M. (2001). *Het marketingplan. Strategie en implementatie voor dienstverlenende organisaties*. Amsterdam: SWP.
- Van Lieshout, H. (1982) (Red.). *Onderzoek en welzijnswerk*. Baarn: H. Nelissen.

Van Lieshout, P. (1992). Metamethodiek: de methodiek van methodiekontwikkeling. *Sociale interventie*, 1(3), 159-166.

Van Nuffel, R. (2007). *Maatschappelijke verantwoording en kwaliteitszorg: over meetinstrumenten en indicatoren. Internationaal symposium 1 december 2006. Deel 1*. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent: VVGG.

Van Puyenbroeck, H., Loots, G., Grietens, H., & Jacquet, W. (2007). Crisishulp aan Huis Vlaanderen: een uitkomstonderzoek. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 46, 78-89.

Van Yperen, T. (2003). *Gaandeweg. Werken aan de effectiviteit van de jeugdzorg. Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar Onderzoek en ontwikkeling effectieve jeugdzorg vanwege de stichting Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn aan de Faculteit Sociale Wetenschappen van de Universiteit Utrecht*. Utrecht: Universiteit Utrecht/NIZW.

Van Yperen, T. (2004). Praktijkontwikkeling, onderzoek en beleid. Instrumenten voor effectievere jeugdzorg. *Kind en adolescent*, 25(1), 4-17.

Van Yperen, T. (2006). *Schakelen. Naar een effectief stelsel voor jeugd en opvoeding*. Utrecht: Nederlands jeugdinstituut.

Van Yperen, T.A., Van Gastel, W., & De Jong, P.J. (1996). *Registratie in de jeugdzorg. Evaluatie in de praktijk*. Utrecht: NIZW.

Van Yperen, T.A., & Van Rest, E. (1998). *Voortbouwen aan programma's in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW/GGZN.

Van Yperen, T., Veerman, J. W., Bijl, B., Ooms, H., & Roosma, D. (2006). *Meer zicht op effectiviteit van jeugdzorg. Tussentijds verslag van het project 'Zicht op effectiviteit'*. Nijmegen: Praktikon.

Van Yperen, T., Zwikker, M., Molleman, G., Bouwens, J., & Beckers, M. (2007). *Erkenningscommissie (niet-justitiële) jeugdinterventies. Werkwijze en criteria*. Utrecht: Erkenningscommissie jeugdinterventies.

Van Yperen, T., & Bakker, K. (2008). *Ontwikkeling en borging jeugdinterventies*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Veeninga, A. T., & Hafkenscheid, J.P.M. (2004). Verwachtingen van patiënten bij aanvang van de psychotherapie: voorspellers van drop-out? *Tijdschrift voor psychotherapie*, 30(3), 187-195.

- Veerman, J.W. (2004). Effectieve behandelingen gezocht: de zorgpraktijk als onderzoekslaboratorium voor effectiviteitsbepaling. In P. Steerneman, J. Vandormael, & J. Coolen (Red.), *Kind in de knel. Ontwikkelingsstoornissen in de praktijk van de jeugdzorg: samenwerken* (pp. 95-113). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Veerman, J.W. (1985). Evaluatie van behandelingseffecten: mag het ook anders? In F. X. Plooi & M. van den Dungen, *Hulpverleningspraktijk en dienstverlenend onderzoek* (pp. 13-25). Alblaserdam: Offsetdrukkerij Kanters.
- Veerman, J.W. (2003). Families first 1994-2000: lessen uit onderzoek. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 42, 342-358.
- Veerman, J.W. (1993). Is het effect van kinderpsychopathologie nu nog steeds niet bewezen? *Kind en adolescent*, 14(1), 31-37.
- Veerman, J.W. (1997). *Metten en weten in de jeugdzorg. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van bijzonder hoogleraar in de speciale kinder- en jeugdzorg*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, Faculteit der sociale wetenschappen.
- Veerman, J.W. (2005). *Wetenschappelijk onderzoek*. In J. Hermanns, C. van Nijnatten, F. Verheij, & M. Reuling, *Handboek jeugdzorg. Deel 1: stromingen en specifieke doelgroepen* (pp. 75-93). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Veerman, J.W., van Yperen, T., Bijl, B., Ooms, H., & Roosma, D. (2006a). *Zicht op effectiviteit. Bronnenboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg. Deel 1*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Veerman, J.W., van Yperen, T., Bijl, B., Ooms, H., & Roosma, D. (2006b). *Zicht op effectiviteit. Bronnenboek voor praktijkgestuurd onderzoek in de jeugdzorg. Deel 3*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Verbeek, G. (1997). *Kwaliteit als werkwoord. Een overzicht van methoden voor kwaliteitszorg in het uitvoerend werk*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn Uitgeverij.
- Verburg, H., Schene, A., & van Yperen, T. (1999). Programma's in de GGZ: een kritische analyse. *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 54(11), 1217-1226.
- Vermeire, E. (2000). Guidelines: een nieuwe industrie? *Huisarts Nu (Minerva)*, 29(4), 186-187.
- Vink, M., & van Wamel, A. (2007). *Landelijk basisprogramma ADHD bij kinderen en jeugdigen*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Visser, S. (1996). Behandelprotocollen: karikaturen en praktijk. *Gedragstherapie*, 29(4), 267-288.

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (2006). *Diagnose en Indicietelling. Visietekst in functie van opstellen actieplan*. Brussel: Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap.

Vlaamse Overheid (2003). *Kwaliteit in gezinszorg*. Geraadpleegd op 14 september 2007, op http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite/Digitaal_Loket/Thuiszorg/GZ%20%20Brochure%20'Kwaliteit%20in%20gezinszorg'.doc

Vlaamse Regering (s. d.). *Globaal Plan Jeugdzorg. De kwetsbaarheid voorbij... opnieuw verbinding maken*. Brussel: Vlaamse Regering.

Vlaamse Regering (2006a). *Vlaanderen in actie. Een sociaal-economische impuls voor Vlaanderen. Door talenten, creatief ondernemen en duurzame diensten samen de toekomst winnen*. Brussel: Vlaamse Regering.

Vlaamse Regering (2006b). *Vlaanderen in actie. Een sociaal-economische impuls voor vlaanderen. Samenvatting*. Brussel: Vlaamse Regering.

Vlaskamp, C., Poppes, P., & Zijlstra, R. (2005). *Een programma van jezelf. Een opvoedingsprogramma voor kinderen met zeer ernstige verstandelijke en meervoudige beperkingen*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Vogelvang, B., & Vermeiden, B. (2006). De (verdere) ontwikkeling van de hulpverlening: de bouwstenenmethode. In J. W. Veerman, T. van Yperen, B. Bijl, H. Ooms, & D. Roosma, *Zicht op effectiviteit. Bronnenboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg. Deel 2* (pp. 71-84). Utrecht: NIZW Jeugd.

Vos, C. (2007). Psychiatrie was lange tijd blackbox. *De volkskrant*, 3 oktober.

Walburg, J.A. (2003). *Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg. Het opbouwen van lerende teams in de zorgorganisaties*. Maarsen: Elsevier gezondheidszorg.

Wennink, H.J. (2007). *Metten en verbeteren van prestaties in de GGz: nieuwe trends in de kwaliteitszorg*. Geraadpleegd op 5 december 2007, op www.vvgg.be/vvggreg.html

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Den Haag: Amsterdam University Press.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2006). *De verzorgingsstaat herwogen. Over verzorgen, verzekeren, verheffen en verbinden*. Den Haag: Amsterdam University Press.

Weisz, J. R., & Weiss, B. (1993). Effects of psychotherapy with children and adolescents. *Developmental clinical psychology and psychiatry*, 27.

Wigboldus, M., & Wolsink, L. (1999). *Denken en voelen. Trainingsprogramma voor emotionele en cognitieve vaardigheden*. Utrecht: SWP.

Wijgergangs, H., & van der Aa, M. (2007). De bijdrage van vakmanschap aan effectiviteit in de jeugdzorg. In W., Bruinsma, C., Konijn, & M. van der Steege, *Jeugdzorg in onderzoek: de professional en effectiviteit* (pp.92-93). Utrecht: Nji.

Wilson, G.T. (1996). Manual-based treatments: the clinical application of research findings. *Behaviour research and therapy*, 34(4), 295-314.

Zandberg, Tj., van den Bogaart, P., Mesman Schultz, K., van Wijck, R., Nijhuis, G., & Groen, P. (1994). *Methodieontwikkeling en onderzoek*. Utrecht: SWP.

Zarin, D. A., Pincus, H. A., & McIntyre, J. S. (1993). Practice guidelines. *The American Journal of Psychiatry*. 150(2), 175-177.

Zijlstra, R., Vlaskamp, C., & Poppes, P. (2005). *Met zorg vernieuwen. Een handreiking voor een succesvolle implementatie van het opvoedings-/ondersteuningsprogramma*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

ZonMw (s.d.). *De Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie*. Den Haag: ZonMw.

Vlaamse overheid



Samenstelling

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Kenniscentrum WVG

Sofie De Smet

Verantwoordelijke uitgever

Marc Morris

Secretaris-generaal

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Ellipsgebouw – Koning Albert II-laan 35 bus 30,

1030 Brussel

Grafische vormgeving

Patricia Vandichel

Departement Diensten
voor het Algemeen Regeringsbeleid

Communicatie

Druk

Agentschap voor Facilitair Management

Facilitaire Diensten

Digitale drukkerij

Depotnummer

D/2009/3241/063

Het rapport is ook te vinden op het internet:
www.kenniscentrumwvg.be.

