UNIVERSITY OF AMSTERDAM

UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Leren implementeren

Waarom implementatie in de jeugdzorg nodig is

Boendermaker, L.

Publication date
2023

Document Version
Final published version

License
CC BY

Link to publication

Citation for published version (APA):
Boendermaker, L. (2023). *Leren implementeren: Waarom implementatie in de jeugdzorg nodig is*.

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

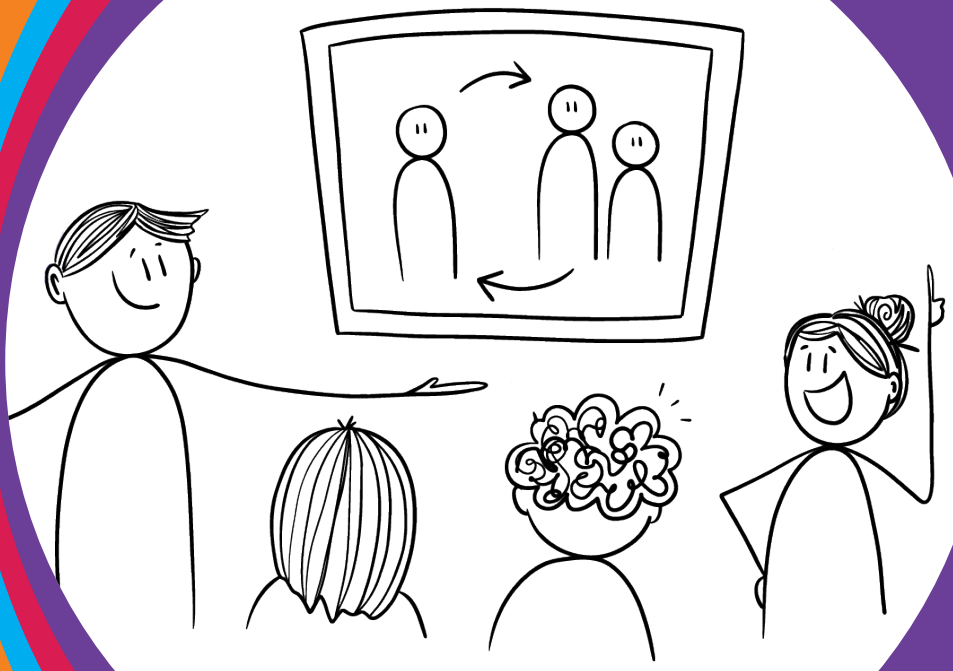
Disclaimer/Complaints regulations
If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: https://uba.uva.nl/en/contact, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, P.O. Box 19185, 1000 GD Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

UvA-DARE is a service provided by the library of the University of Amsterdam (https://dare.uva.nl)

Download date:15 Sept 2026

Leren implementeren

Waarom implementatie in de jeugdzorg nodig is



Leonieke Boendermaker

29 maart 2023

Universiteit van Amsterdam

Hogeschool van Amsterdam

Leren implementeren
Waarom implementatie in de jeugdzorg nodig is

Rede

In verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt
van bijzonder hoogleraar Implementatievraagstukken in de Jeugdzorg
vanwege de Hogeschool van Amsterdam, Faculteit Maatschappij en Recht
aan de Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen
van de Universiteit van Amsterdam

op woensdag 29 maart 2023

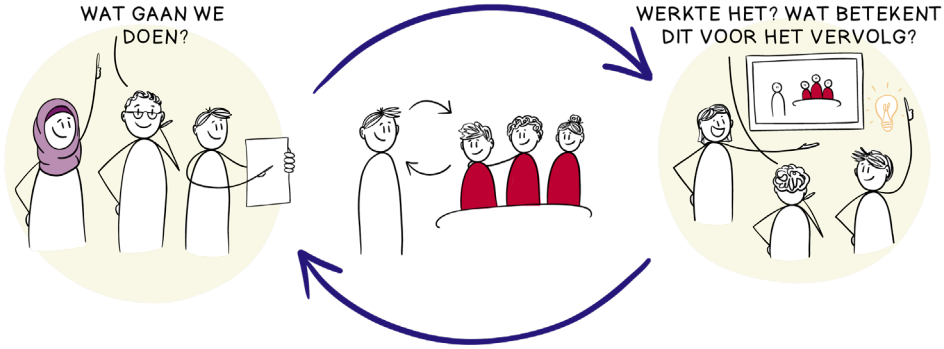
door
Leonieke Boendermaker

Meneer de Rector Magnificus,
Mevrouw de decaan,
Leden van het curatorium van de leerstoel implementatievraagstukken in de jeugdzorg,
Geachte collega's en toehoorders,

Er was eens, lang geleden en in een land hier ver vandaan, een jonge onderzoeker. Hij – het was in dit geval een hij, we hebben het over lang geleden – had zijn eerste aanstelling aan de universiteit. Hij werkte bij een afdeling waar gezinsbehandeling ontwikkeld en onderzocht werd en alles was in gereedheid gebracht voor een nieuwe studie: masterstudenten waren getraind, en er was een ruimte met een onewayscreen geregeld zodat onze jonge onderzoeker als opleider mee kon kijken met wat de studenten als behandelaar deden. Ook waren er afspraken gemaakt met verwijzers over de instroom van gezinnen met een zoon of dochter die in aanraking was geweest met justitie. Het ging om iets nieuws: bij jongeren met ernstige gedragsproblemen en delinquent gedrag het hele gezin betrekken.

Ik zei het al: we hebben het over lang geleden. Over 1976 om precies te zijn. En die jonge onderzoeker was Scott Henggeler, werkzaam aan de universiteit in Memphis, Tennessee. Het bleek al snel dat gezinnen van jongeren die delicten plegen niet vanzelf naar een behandelkamer op de universiteit komen, dus onze dappere onderzoeker verzon een list. Hij bezocht de gezinnen thuis en merkte – zoals hij zelf zei – al binnen een minuut hoe ontzettend dom het was om te denken dat behandeling in een kamer op de universiteit zou helpen, als er zo ontzettend veel aan de hand is in het leven van de jongeren in kwestie en in de gezinnen waarin zij opgroeien. Dit was de start van wat hij 'Multisysteem Therapie' (MST) noemde. Bij deze behandeling werden niet alleen de jongens en meiden in kwestie, maar ook hun ouders of verzorgers, school, vriendengroep, sport en werk betrokken. Kortom: alle levensgebieden die van invloed zijn op de ontwikkeling van jongeren (1,2) werden bij de behandeling betrokken (3). Dit bleek heel goed te werken: de behandelde jongeren pleegden veel minder delicten dan vergelijkbare jongeren die geen MST-behandeling hadden gehad (4). Ook op langere termijn (5).

Zoals dat gaat bij het ontwikkelen van een op empirisch bewijs gebaseerde interventie, volgden er verschillende studies. Zo werd MST toegepast onder specifieke doelgroepen, zoals jongeren die een seksueel delict hadden gepleegd (6) of gezinnen waarin sprake was van kindermishandeling (7). Net zoals het geval was bij de masterstudenten die de oorspronkelijke MST-behandelingen gaven, namen de uitvoerders van de MST bij deze nieuwe doelgroepen deel aan een wekelijkse groepssupervisie door Henggeler of iemand uit zijn team. In deze supervisie werden de behandeldoelen en de vooruitgang van elke casus doorgenomen, werden opnames van de sessies met gezinnen bekeken en bediscussieerd en werden er gezamenlijk keuzes gemaakt over de beste manier om het proces van vooruitgang in gezinnen te faciliteren (6,7).



Vanwege de goede resultaten kwam er belangstelling van allerlei organisaties en gesteund met financiering van de nationale overheid en diverse staten werden op verschillende plekken in de praktijk MST-teams opgezet. Ook werd er onderzoek gedaan, maar nu dus met mensen die al in de praktijk aan het werk waren. Net als bij andere studies werd er gewerkt met op masterniveau opgeleide professionals als behandelaars, die deelnamen aan de eerder-genoemde wekelijkse supervisie door een getrainde supervisor en die wekelijks een telefonische consultatie kregen van Henggeler aan therapeuten. Ook waren er regelmatige herhaaltrainingen, en werden de zogenoemde '*case notes*' (notities waarin therapeuten doelen en acties kort beschreven) regelmatig doorgenomen in een overleg van Henggeler met de supervisor en projectleiding van een locatie. De resultaten bleven goed.

Vervolgens werd de vraag te groot; Henggeler kon zich niet meer overal persoonlijk mee bemoeien. De vraag was: kon het zonder consultatie? Het antwoord was nee; de resultaten bleven niet gelijk (8). Dit was de directe aanleiding voor de start van MST services, een aparte organisatie die inmiddels wereldwijd de implementatie van MST ondersteunt en begeleidt en consultants en experts levert. Er is uitgebreid onderzoek gedaan naar het ondersteunings-systeem van MST (9-11) en naar de voor implementatie noodzakelijke voorbereiding en uitvoering samen met ontvangende organisaties (12,13).

Ondersteuning zoals die bij MST wordt geboden wordt vaak kostbaar en overdreven gevonden. De gedachte is dan dat als er zo'n intensieve begeleiding nodig is, het geen goede interventie kan zijn. Bijkomend punt is dat de consultatie door MST services betaald moet worden en die ondersteuning houdt niet op. In Nederland maakte een aanbieder daarom de keuze om los van MST services verder te gaan en de aanpak niet meer MST te noemen. Dezelfde keuze werd in Engeland gemaakt. Daar is onderzoek gedaan naar de uitkomsten en helaas zien we dat die voor jongeren en gezinnen niet hetzelfde zijn. De organisatie ging verder met alleen supervisor en team, en er ontstond zoals dat heet *'intervention drift'*: er stroomde een andere (minder problematische) doelgroep in en de kwaliteit werd minder (14). Iets soortgelijks bleek ook al eerder uit onderzoek naar de toepassing van MST in Canada (15), waar veel personeelswisselingen waren, minder instroom was en met jongeren en gezinnen met minder ernstige problemen werd gewerkt.

Ik werkte in 2003 bij de voorloper van het Nederlands Jeugdinstituut, het NIZW, toen Marianne Berger en ik een voorstel schreven voor de introductie van MST in Nederland (16). We brachten toen ook de ondersteuningsstructuur van MST in kaart en organiseerden een expertmeeting waar we een en ander presenteerden en bespraken. Ik weet nog goed dat collega Tom van Yperen toen zei: 'met zulke ondersteuning is elke interventie effectief!'

Precies dát is waar deze rede over gaat: hoe zorgen we voor goede ondersteuning van professionals in de toepassing van de interventies en methoden waarmee zij werken en wat kunnen we leren van interventies als MST? De focus op kwaliteit en leren op de werkvloer is een van de knoppen waar we aan kunnen draaien om de jeugdzorg te verbeteren. We kunnen de jeugdzorg beter laten werken door consequent en systematisch aandacht te besteden aan implementatie.

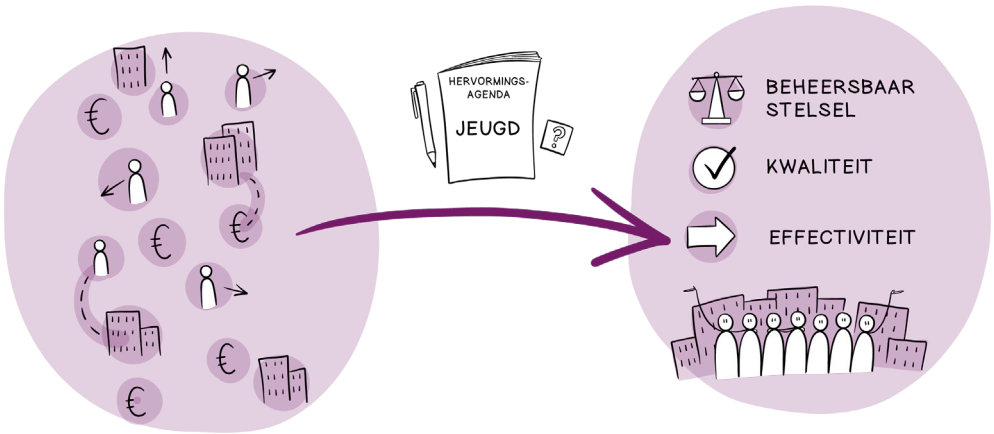
Ik zal hier nu eerst de context schetsen en ingaan op de jeugdzorg. Daarna laat ik zien welke aanknopingspunten we hebben voor goede ondersteuning van professionals, gebaseerd op onze kennis over interventies. Vervolgens ga ik in drie stappen in op de vraag hoe kennis over implementatie ons kan helpen. Tot slot benoem ik wat dit betekent voor de jeugdzorg, voor onderzoek en voor onderwijs.

Jeugdzorg

Jeugdzorg is de term die gebruikt wordt voor een heel breed veld van hulpverlening. Namelijk jeugdhulp (in wijkteams en geïndiceerde specialistische jeugdhulp), jeugdbescherming én jeugdreclassering. Sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015 zijn de gemeenten verantwoordelijk voor alle drie. Jeugdbeschermings- en jeugdreclasseringsmaatregelen worden opgelegd door de rechter. De hulp die in het kader daarvan geboden wordt is jeugdhulp. Jeugdbescherming en jeugdreclassering begeleiden daarnaartoe.

De jeugdzorg is regelmatig in het nieuws. Heel positief is dat meestal niet. Veel berichtgeving gaat over de *jeugdbescherming*. Daar zijn volgens recente rapporten en berichten van de inspectie Gezondheidszorg en Jeugd ingrijpende veranderingen nodig (17-19). Heel kort gezegd zijn er veel vragen rond de rechtsbescherming van ouders en kinderen bij uithuisplaatsing en is er vaak geen hulp beschikbaar als er een maatregel is opgelegd door de rechter. De *jeugdhulp* moet die bieden en daar is de boodschap van vele rapporten, onder andere ook van de inspectie, dat er dringend verbetering nodig is om kinderen, jongeren en ouders de hulp te geven die zij nodig hebben (20,21).

Bestuurlijk is er veel te doen over de jeugdzorg: al snel na invoering van de Jeugdwet in 2015 werd duidelijk dat de kosten enorm toenamen en dit gebeurt nog steeds. De kosten liggen meer dan 50% hoger dan waar in 2015 vanuit werd gegaan (22).[1] Het verschil tussen het budget dat gemeenten nodig hebben en dat het Rijk beschikbaar wil stellen is te groot. Daarom is door een commissie van wijzen arbitrage verricht (22). Dit heeft er onder meer toe geleid dat álle partijen die zich met jeugdzorg bezighouden – Rijk (VWS), gemeenten (VNG), professionals (gezamenlijke beroepsverenigingen), cliënten (organisaties voor cliëntenbelangen) en jeugdzorgorganisaties (brancheverenigingen Jeugdzorg Nederland) – gezamenlijk plannen hebben geformuleerd voor een Hervormings-



1 In 2019 kwam er tijdelijk extra geld. Omdat de uitgaven bleven groeien is er 2020 onderzoek gedaan naar de financiële tekorten in de jeugdhulp (164) waarin er o.a op wordt gewezen dat de focus op preventie en vroegsignalering in de Jeugdwet niet zal leiden tot verminderingen van de kosten. Daarom wordt in het onderzoek aanbevolen in gesprek te gaan over de bedoeling van de Jeugdwet en het voorzieningen nivo dat daarbij gewenst is. Door een stuurgroep van VNG en VWS (commissie Sint) zijn vervolgens verschillende scenario's opgesteld (165), die echter niet voor een oplossing hebben geleid.

agenda Jeugd, die gericht is op kwaliteit van de jeugdzorg en beheersbaarheid van het stelsel (23). Die hervormingen kosten echter geld en het proces is sinds Kerst 2022 on hold omdat VWS en VNG het nog niet eens zijn over de financiële garanties voor gemeenten aangaande de jeugdzorg.

Inhoudelijk staan echter alle neuzen dezelfde kant op: alle partijen (24), cliënten (25) en ook de verantwoordelijk ministers (26,27) wijzen op de noodzaak om de kwaliteit, effectiviteit en efficiëntie van de jeugdhulp te verbeteren. Ook benadrukken partijen de noodzaak van een vermindering van het personeelsverloop en minder werkdruk voor het personeel (21,28,29).

Kernproblemen die in alle publicaties genoemd worden zijn de behoefte aan wat 'hoogwaardige jeugdzorg' genoemd wordt: toepassing van actuele kennis en effectieve interventies, behoefte aan nauwe samenwerking met gezinnen, de ontwikkeling van een sectorbreed, datagedreven leersysteem, de verschuiving van een symptoomgerichte aanpak naar een aanpak waarbij aandacht wordt besteed aan onderliggende factoren die de oorzaak van de problemen verklaren, en ondersteuning bieden aan ouders en behandeling van hun problemen.

Al met al is er in de jeugdzorg een dringende behoefte om kwaliteit te leveren en effectief te werken. Hoe kunnen we dat doen? De huidige kennis over interventies én over implementatie kan ons daarbij helpen.

Interventies

Er worden veel methoden en aanpakken gebruikt in de jeugdzorg. Een recente schatting van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) is dat er in ons land met meer dan 2500 interventies wordt gewerkt (30). Het woord 'interventie' is de verzamelnaam voor trainingen, programma's, behandelvormen etc. die gericht zijn op het verminderen van een specifiek probleem of risico in de ontwikkeling van een jeugdige, en waarin een bepaalde werkwijze wordt gevolgd met deze jeugdige of met de ouders of anderen in de omgeving (31). MST, waar ik deze rede mee begon, is zo'n interventie. Waar moeten we beginnen als we met zoveel interventies kwaliteit willen leveren en effectief willen werken?

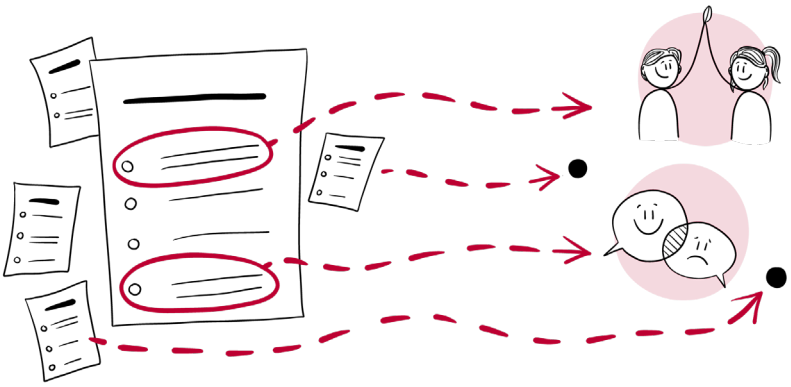
Hier helpt de kennis die we inmiddels hebben over interventies en hun effectiviteit. Er zijn zo'n 124 *jeugdzorg*interventies opgenomen in de databank effectieve jeugdinterventies.[2] Het gaat om interventies voor de uiteenlopende problemen waarmee kinderen, jongeren en ouders bij jeugdzorg terechtkomen. Het kan bijvoorbeeld gaan om angst- of depressieve klachten, om middelengebruik, agressief gedrag en opvoedproblemen (32). Een klein deel van deze 124 interventies is inmiddels grondig onderzocht. Dit zijn *evidence based* interventies, die vaak net als MST in het buitenland zijn ontwikkeld en inmiddels ook hier in gebruik zijn. Echter, het merendeel van de interventies in de databank is in de Nederlandse praktijk ontwikkeld en helaas nog veel minder onderzocht. Dit zijn *practice based* interventies. Organisaties kunnen hun interventie aanbieden voor opname in de databank. Deze wordt dan beoordeeld door een onafhankelijke erkenningscommissie die onder andere naar het beschikbare effectonderzoek kijkt. Op basis daarvan volgt opname in de databank en dit is een hulpmiddel voor gemeenten die jeugdzorg inkopen voor hun burgers.

Er zijn vier niveaus van erkenning van interventies, van 'theoretisch goed onderbouwd' (op basis van de theorie kunnen we verwachten dat het werkt) tot 'effectief volgens sterke aanwijzingen' (er is dan flink wat onderzoek beschikbaar dat laat zien dat de interventie werkt). Door onderzoek te doen naar de werkzaamheid van een interventie in de praktijk, kan een *practice based* interventie zich doorontwikkelen tot een *evidence based* interventie (33). Daarvan hebben we er nog maar weinig in de databank, ongeveer 3% is evidence based. Ook in het buitenland maken *evidence based* interventies maar een klein onderdeel uit van het gehele interventie-aanbod (34). Het zijn – ook internationaal – echter wel precies de interventies voor de problemen waarmee kinderen, jongeren en ouders het meest aankloppen bij jeugdzorg, namelijk gedrags- en opvoedproblemen (30,35).

2 www.nji.nl/interventies. Het gaat om 227 jeugdinterventies, dit zijn niet allemaal jeugdzorginterventies. Het gaat ook om interventies gericht op (voorkomen van) pesten, verbeteren van het (sociaal) klimaat in de klas, onderwijsachterstanden of taal, die uitgevoerd worden binnen het onderwijs. Of om interventies gericht op bewegen, gezondheid, gehoorschade die o.a. binnen de jeugdgezondheidszorg uitgevoerd worden.

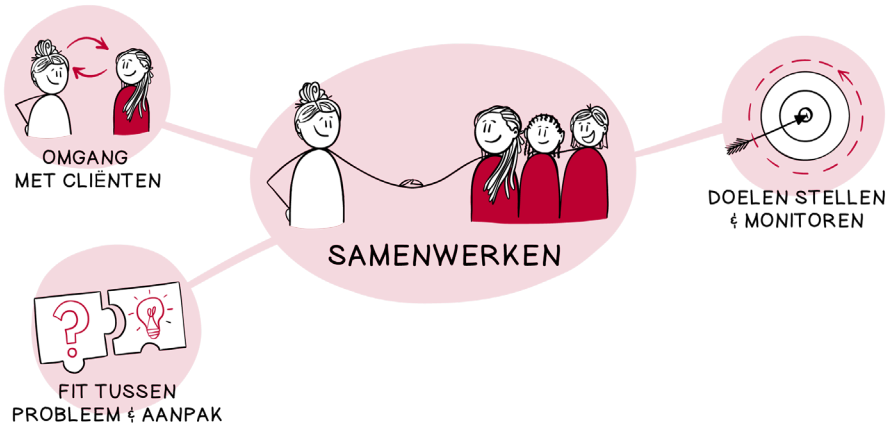
Werkzame elementen

Sinds de jaren '80 waarin ook Henggeler zijn onderzoek naar MST begon, is er enorm veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van interventies voor deze problemen (36-38). In de loop der tijd is de aandacht hierbinnen steeds meer verlegd van de effectiviteit van interventies als geheel (werkt het?) (39-42) naar de ingrediënten of elementen die zorgen voor gedragsverandering bij kinderen, jongeren en hun ouders (43,44). Dit komt onder andere voort vanuit het idee dat er met combinaties van deze elementen meer gepersonaliseerde zorg geleverd kan worden (45-48). Op basis van onderzoek van collega Patty Leijten weten we bijvoorbeeld dat het positief bekrachtigen van gewenst gedrag, ongewenst gedrag negeren of reageren met een time-out of een 'milde' consequentie (zoals wegnemen van speelgoed waar te ruw mee wordt omgegaan) werkzame elementen bij training van ouders in opvoedingsvaardigheden zijn. En we weten dat de resultaten kunnen verbeteren als ouders leren hoe ze een goede relatie kunnen hebben met hun kind en zelfmanagement technieken leren (49,50). Oftewel: samen leuke dingen doen met je kind, spelen met je kind en goed voor jezelf zorgen, zoals dit bijvoorbeeld wordt genoemd in 'Positief Opvoeden', een bekende training voor ouders (51). Werkzame elementen kunnen ook werkvormen betreffen (52), zoals werken met video voor voorbeelden of om feedback te geven of bijvoorbeeld voordoen en oefenen in rollenspel (49).

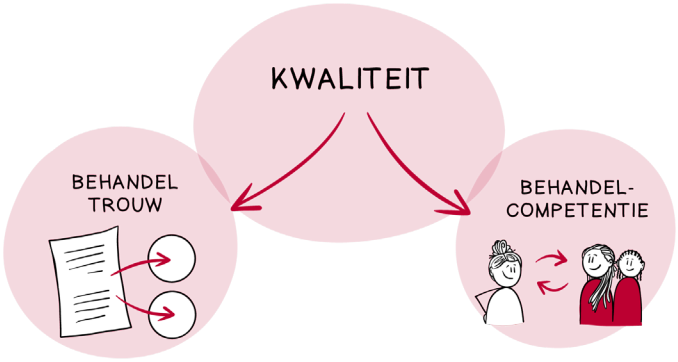


Sinds 2015 is in ons land door zes consortia en met subsidie van ZonMw onderzoek verricht naar de werkzame elementen van interventies voor de belangrijkste problemen waarvoor ouders en jeugdigen bij de jeugdzorg terecht-komen (53). Deze onderzoeken bevestigen dat interventies voor dezelfde type problemen grotendeels dezelfde elementen bevatten (54-56). Een deel van de interventies is dusdanig onderzocht dat we na kunnen gaan welke elementen werkzaam zijn en welke elementen minder bijdragen (57,58). Kortom: er zijn *specifieke* elementen die werkzaam zijn voor *specifieke* problemen.

We weten dat er hiernaast ook *algemeen werkzame* elementen zijn. Dat zijn onderdelen van interventies die werkzaam zijn, ongeacht het probleem waar de interventie zich op richt. Het gaat dan om 1) de omgang tussen hulpverlener en cliënt, zoals goed aansluiten bij cliënten, hoop en verwachten weten te creëren, om 2) een goede 'fit' tussen de problemen die er zijn en de aanpak die gekozen wordt, en om 3) doelgericht werken (59). Is dit op orde, dan werkt hulp beter dan



als dit niet het geval is (36). In onderzoek naar werkzame elementen in de omgang tussen hulpverlener en cliënt is in eerste instantie vooral naar de genoemde punten gekeken als aparte elementen. Steeds duidelijk wordt echter dat deze zaken onderling samenhangen en met elkaar verbonden zijn. Als hulpverlener en cliënt samen de doelen stellen, deze samen monitoren, de onderlinge verhoudingen monitoren (gaat het nog steeds goed?) blijkt dit de onderlinge relatie (alliantie) te verbeteren. Dit is ook het geval als de hulpverlener een open houding aanneemt, een luisterend oor biedt, de tijd neemt, en, bij jongeren bijvoorbeeld, oog heeft voor de behoefte aan autonomie die bij hun ontwikkeling past (60,61). Het is steeds duidelijker dat het gaat over vaardigheden van de hulpverlener om samen te werken met de cliënt (62). Dat samenwerken blijkt in de praktijk niet vanzelf te gaan, want precies daar zit de grote klacht van ouders en jongeren die met jeugdzorg te maken krijgen (25). Het samen goed kijken naar wat er aan de hand is, waar dat door komt en vervolgens het samen bepalen wat er dan 'aangepakt' wordt en in welke volgorde dat moet gebeuren is op dit moment een hot item in alle discussies over de jeugdzorg. Het klinkt heel logisch, maar gaat in de praktijk dus niet vanzelf.



Kwaliteit

Er is een groeiende hoeveelheid onderzoek die laat zien dat het belangrijk is om je bewust te zijn van de werkzame elementen. Onderzoek naar interventies voor jeugdigen met gedragsproblemen laat zien dat hoe beter het toepassen van werkzame elementen gebeurt, hoe effectiever de hulp blijkt te zijn (63-65). Het toepassen van de werkzame elementen wordt in de literatuur wel

aangeduid als 'behandelintegriteit', of '*treatment fidelity*' (66-68). Ik gebruik hier verder de term 'kwaliteit' (66). Kwaliteit verwijst naar twee dingen: het daadwerkelijk toepassen van de werkzame elementen én het goed toepassen ervan. Het eerste noemen we 'behandeltrouw' (*adherence*), het tweede 'behandelcompetentie' (*competence*) (67,69). Behandelcompetentie verwijst meer dan behandeltrouw naar vakvrouw- of vakmanschap. Het gaat om het weten 'over te brengen' van de werkzame elementen en het in staat zijn de werkzame elementen 'aan te laten slaan' (70). Het gaat om toepassing van de werkzame elementen op zo'n manier dat ze passen bij de situatie en context waarin gehandeld wordt (71-74). Dat kan zijn in een individuele sessie met een jongere of ouder(s), in een groepstraining voor kinderen of juist in de dagelijkse omgang met jongeren in een leefgroep. Jeugdzorg van goede kwaliteit wordt daarmee geleverd door professionals die weten hoe ze de werkzame elementen, zoals collega Elly de Bruijn het formuleert, kunnen contextualiseren en personaliseren (71,75,76).

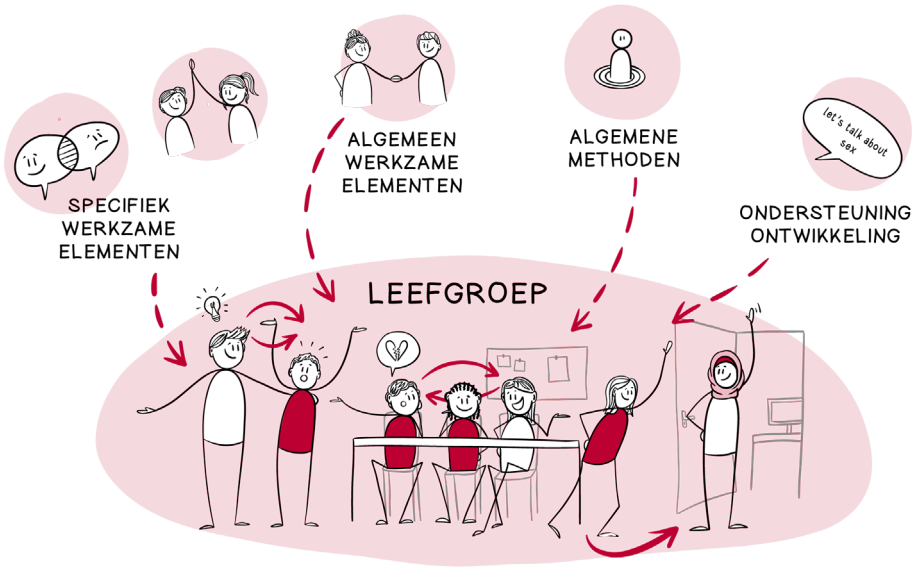
Algemene methoden

Naast interventies gebruiken organisaties vaak ook algemene methoden, gericht op álle kinderen, jongeren en gezinnen die bij de organisatie terechtkomen, ongeacht hun vragen of problemen. Zo hanteren veel wijkteams jeugd oplossingsgericht werken als basismethodiek (77). Hierbij worden gesprekstechnieken gebruikt die de jongeren of ouders helpen om zich op de gewenste situatie te richten in plaats van op de problemen, en te ontdekken wat er al goed gaat en hoe dat succes uitgebreid kan worden (78,79). Andere veelgebruikte algemene methoden zijn motiverende gespreksvoering, competentiegericht werken, systeemgericht werken en de presentie benadering. Net als oplossingsgericht werken kennen alle algemene methoden bepaalde kerntechnieken die ingezet worden in de begeleiding. Naar de werkzaamheid van algemene aanpakken is veel minder onderzoek gedaan dan naar de hiervoor besproken interventies. En uit onderzoek naar de toepassing van competentiegericht werken (80) en oplossingsgericht werken (81) in de praktijk bleek dat deze toepassing lastig gevonden wordt en dat aandacht daarvoor ontbreekt.

Overlap

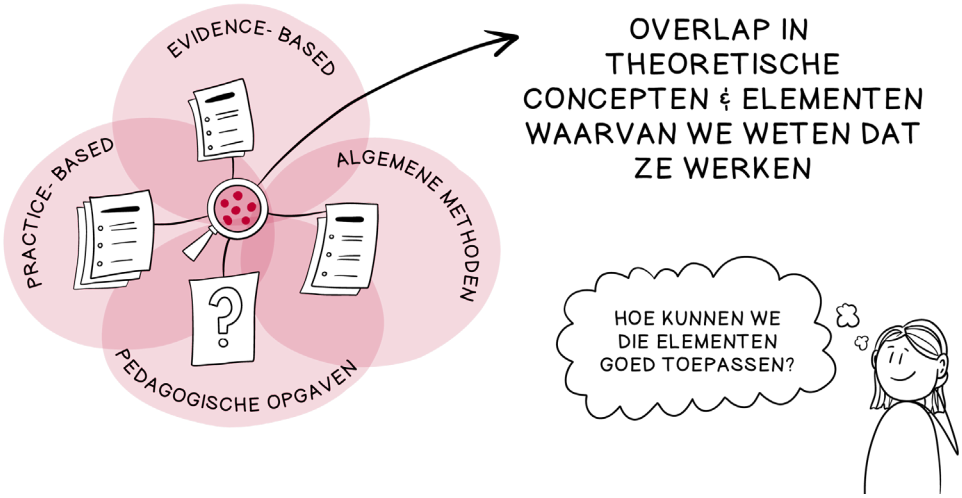
Er is veel overlap tussen de theoretische concepten en elementen van *evidence-* en *practice-based* interventies (34,82-84). Veel interventies zijn gericht op gedragsverandering, bij kinderen, jongeren of ouders. Daarbij wordt vaak gebruik gemaakt van gedragstherapeutische- en cognitief gedragstherapeutische technieken. Denk bijvoorbeeld aan complimenten geven, voor- en nadelen van gedrag benoemen, voordoen, oefenen en feedback geven op gedrag. Een ander veelgebruikt element is inzicht geven in gedachten, gevoelens en gedrag (ook wel aangeduid als 'emotie-regulatie'). In een van onze projecten werd duidelijk dat deze technieken kernelementen zijn van interventies voor heel verschillende doelgroepen: de een gericht op coaching van jongeren in het speciaal onderwijs en de ander op begeleiding van meisjes die slachtoffer zijn van seksueel grensoverschrijdend gedrag (85-87).

Deze elementen komen niet alleen voor in de interventies uit de databank, maar ook in methoden en bredere programma's die daar niet in zijn opgenomen. Een voorbeeld van een breed programma waarin werkzame elementen en algemene methoden gebruikt worden is het werk in een leefgroep. Daar is doorgaans sprake van een brede aanpak waarbij onderscheid gemaakt kan worden in orthopedagogische basiszorg aan de groep als geheel (88) en individuele behandeling aan de hand van interventies (denk bijvoorbeeld aan gezinstherapie, trauma-behandeling of agressieregulatie training) (89). In de orthopedagogische basiszorg combineren medewerkers allerlei elementen en methoden, zoals bijvoorbeeld onderdelen van motiverende gespreksvoering, systeemgericht werken, emotie-regulatie en opvoedtechnieken. Een ander voorbeeld is het werk binnen de jeugdbescherming waarin – in elk geval in Amsterdam – gewerkt wordt met werkzame elementen van intensieve gezins-behandeling ('verbinden en motiveren', 'samenwerken met alle gezinsleden', 'relationele focus' en 'activeren sociaal netwerk'), technieken voor het bespreken van wat in jeugdbescherming 'onveiligheid' genoemd wordt (verwaarlozing, mishandeling) en structuur kenmerken (planmatig werken en bijvoorbeeld teamsamenwerking) (90).



Binnen alle interventies en bredere programma's staan professionals in de jeugdzorg ook nog voor een meer algemene, pedagogische taak: het voorkomen van en handelen bij kindermishandeling en het ondersteunen van een gezonde ontwikkeling – ook op relationeel en seksueel gebied. Dit laatste licht ik graag wat uitgebreider toe. Misschien weet u nog dat in 2012 de commissie Samson onderzoek deed naar het vóórkomen van seksueel misbruik in de jeugdzorg. Duidelijk werd dat dit voorkomt, voor een deel door jongeren onderling (91). Een van de oorzaken die – ook internationaal (92) – hiervoor genoemd werd, was de afwezigheid van het onderwerp seksualiteit in de opvoeding van jongeren die opgroeien in leefgroepen en pleeggezinnen. Een van de aanbevelingen was om (nieuwe) medewerkers te trainen in opvoeden rond relaties en seksualiteit. Sindsdien gebeurt dit, maar we weten weinig over de

daadwerkelijke toepassing van relationele en seksuele opvoeding in de dagelijkse praktijk in de leefgroepen en de begeleiding van jongeren in pleeggezinnen en hun pleegouders op dit onderwerp. Ter voorbereiding van een subsidieaanvraag deden we een paar jaar geleden een uitvraag onder medewerkers (N=45) van Levvel die hadden meegedaan aan een training. Hieruit bleek dat toepassing in de praktijk niet vanzelf ging. Men zei 'het wel in het achterhoofd te houden', maar daadwerkelijk aan seksuele opvoeding doen – bijvoorbeeld naar aanleiding van berichten op social media of programma's op tv – werd uitgesteld. Professionals zeiden behoefte te hebben aan voorbeelden en oefenen (93). De Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen (2022) wijst er in een rapport over de opvolging van de aanbevelingen van de verschillende commissies over het voorkomen van seksueel misbruik (respectievelijk in de kerk, jeugdzorg en sport) op dat er geen zicht is op de doorwerking van deze aanbevelingen naar het handelen op de werkvloer. Ook hier is er dus vraag naar kwalitatief goede toepassing in de praktijk.



Samenvattend: Er zijn veel interventies in gebruik in de jeugdzorg, maar als we inzoomen zien we veel overlap in de bouwstenen waaruit die interventies zijn opgebouwd:

1 Algemeen werkzame elementen, die ik hier samenneem onder de noemer 'samenwerken met jongeren en ouders';
2 Specifiek werkzame elementen, die vaak het toepassen van gedrags-therapeutische en cognitief gedragstherapeutische technieken omvatten;
3 Algemene methoden, zoals motiverende gespreksvoering of oplossingsgericht werken;
4 Het begeleiden van een gezonde ontwikkeling, ook op het terrein van relaties en seksualiteit.

Voor al deze bouwstenen is een kwalitatief goede toepassing van belang. En daarmee hebben we een mooi aangrijpingspunt om te werken aan kwaliteit en het bieden van effectieve jeugdzorg. Mijn voorstel is te focussen op kwalitatief goede toepassing van deze centrale bouwstenen van het werk in de jeugdzorg. Hoe doen we dat? Daarvoor neem ik u mee in de kennis over implementatie.

Implementatie

Implementatie is een gepland proces, gericht op het op lange termijn gebruiken van op evidence gebaseerde vernieuwingen in de praktijk (95,96). De implementatie-literatuur gaat vaak over manieren om resultaten uit onderzoek naar zorg- of onderwijspraktijken breder te gebruiken om daarmee de kwaliteit en effectiviteit te verbeteren (97-99). In wezen heb ik het hier vandaag over het beter gaan gebruiken en het toepassen van al bestaande werkwijzen, wat in de gezondheidszorg ook wel aangeduid wordt als '*improvement science*' die gericht is op 'wat werkt' in kwaliteitsverbetering (100). Beide hebben een verschillende achtergrond maar hetzelfde doel en beschrijven met andere terminologie vergelijkbare strategieën (101). Dit wetende hou ik me vandaag bij de *implementation science* die laat zien dat er een effectieve interventie niet vanzelf 'werkt': er is een effectief implementatieproces nodig en een context die implementatie faciliteert (*enabling context*) (95).

Er zijn inmiddels veel verschillende theorieën en modellen die helpen om het implementatie proces, de context en alle invloeden daarop te begrijpen en te onderzoeken (102). Ik haal er drie onderwerpen uit die van direct belang zijn voor een betere jeugdzorg: een bruikbare aanpak (*usuable innovations*) (95), het realiseren van een ondersteuningsstructuur in organisaties en de aandacht voor het implementatieproces (99).[3)]

1 EEN BRUIKBARE AANPAK

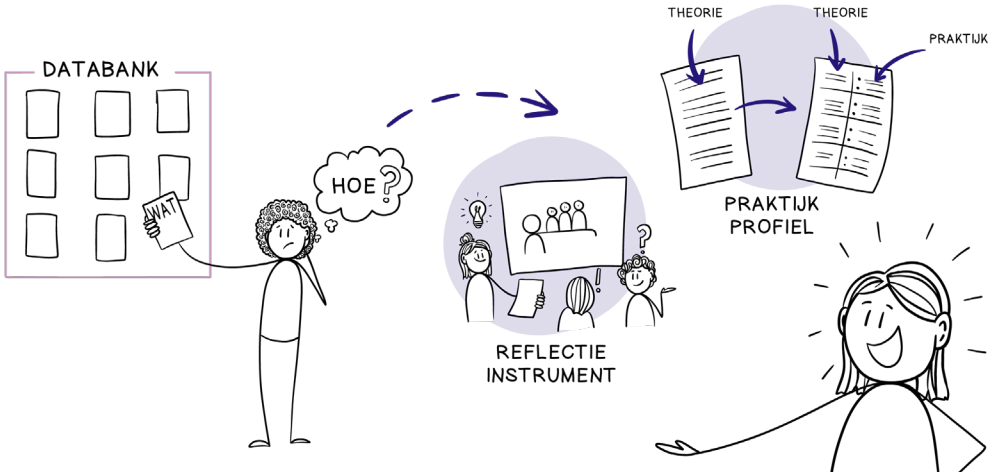
Aan de basis van goed gebruik van een aanpak ligt de duidelijkheid en praktische bruikbaarheid ervan (95,103,104). De informatie die te vinden is in de beschrijving (en ook training) van een interventie, algemene methode of breder programma is doorgaans algemeen en theoretisch. Vaak ontbreekt de vertaling van het 'wat', naar het 'hoe'. Een professional wil weten: hoe doe ik dit morgen, met de jongere of ouder met wie ik werk? Wat zeg ik, hoe zeg ik het, wat doe ik? Op die manier wordt een aanpak '*teachable, learnable, doable* en *assessable*' (95) oftewel: uitlegbaar, aanleerbaar, uitvoerbaar en beoordeelbaar in de praktijk. Hoe duidelijker, eenvoudiger en beter geoperationaliseerd, hoe makkelijker het gebruik ervan in de praktijk gaat – zowel in de uitvoering als bij het leren (103,105).

Voor veel van de evidence based interventies zijn instrumenten beschikbaar waarin geoperationaliseerd is wat de toepassing van de werkzame elementen vergt (106). Op die manier is de toepassing in de praktijk te beoordelen.[4)] Bij MST worden ouders maandelijks gebeld en bevraagd over de mate waarin zij de werkzame elementen in de aanpak van hun behandelaar herkennen. Deze input wordt gebruikt in feedback aan de uitvoerders en supervisoren van

3 Ik beperk me hier tot de belangrijkste punten. Voor een volledig overzicht zie: 92,157.

4 Deze instrumenten zijn oorspronkelijk ontwikkeld om te onderzoeken met welke kwaliteit interventies worden uitgevoerd. Dit maakt het ook mogelijk om in de praktijk blijvend te monitoren op de kwaliteit, en dat is wat veel van deze evidence based interventies ook doen.

MST. Een andere manier is om geluids- of beeldopnames te maken en hierop te reflecteren aan de hand van het instrument. Dat kan individueel, met een collega of juist binnen een team en met een supervisor die veel ervaring heeft met de interventie. Dat laatste gebeurt bij de Parent Management Training Oregon (107). Geïnspireerd hierop ontwikkelden we voor twee practice based interventies een reflectie-instrument (85,86). Ook Halt Nederland zette deze stap. Daar is – in afstemming met experts en Halt-medewerkers – een 'kijkwijzer' opgesteld. Hiermee wordt elke zes weken, in een vaste groep van medewerkers, en onder leiding van een supervisor, gekeken naar zelf ingebrachte opnames van sessies van Halt-medewerkers en van naar Halt verwezen jongeren. De kijkwijzer biedt een operationalisatie van drie door Halt geformuleerde 'kernelementen': motiverende gespreksvoering, het 5-G gesprek (een tool voor een gesprek over emotie-regulatie) en *modeling* (108).



Zoals ik al zei: er zijn ook andere aanpakken in gebruik dan interventies. Bij het werken in leefgroepen, bij relationele- en seksuele opvoeding en bij praten over onveiligheid met jeugdigen en gezinnen zijn er geen op onderzoek gebaseerde kernelementen die geoperationaliseerd kunnen worden. Hier is het opstellen van een praktijkprofiel helpend om op te leiden en te coachen in de uitvoering (109). Een praktijkprofiel is een beschrijving van de kernthema's die in een bepaalde manier van werken belangrijk zijn en biedt een operationalisatie van wat we daar dan in de praktijk onder verstaan. Dit is gebaseerd op systematisch literatuuronderzoek, documentenstudie en interviews en/of focusgroepen met professionals. Op basis van deze input wordt in meerdere sessies met uitvoerders en andere betrokkenen de beschrijving vastgesteld. Voor de leerwerkplaats 'leren werken in de 24-uurszorg', die de organisatie voor specialistische jeugdhulp Levvel samen met de opleiding Social Work hier in Amsterdam heeft vormgegeven, hebben we het praktijkprofiel 'werken in leef-groepen' ontwikkeld, dat binnenkort de eerste bruikbaarheidstest zal ondergaan (110,111). Centrale thema's hierin zijn: de relatie als basis, een positief en veilig leefklimaat bieden, ontwikkelingsgericht werken, systeemgericht werken en zelfzorg. Relationele en seksuele opvoeding is een onderdeel van ontwikkelings-gericht werken. In een eerder project maakten we hier een eerste versie van een soort van praktijkprofiel (112), waar we op basis van een *scoping review* mee verder gaan (113).

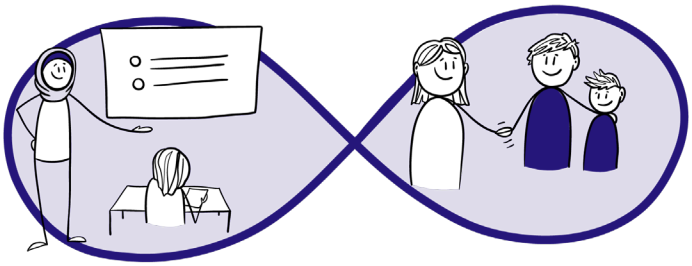
2 ONDERSTEUNINGSSTRUCTUUR

Met het voorbeeld van MST aan het begin van dit verhaal heb ik al een inkijkje gegeven in wat er nodig is voor kwalitatief goede toepassing van MST. Ik noemde de begeleiding van de uitvoerders (door een supervisor en expert), het gebruik van informatie over de uitvoering (case notes) en een uitgebreide check over en samenwerking met de organisatie om zaken in orde te brengen die nodig zijn voor een goede uitvoering. Duurzame, kwalitatief goede toepassing van interventies vergt een ondersteuningsstructuur met drie onderdelen (114). Deze zijn: mogelijkheden voor competentieontwikkeling van professionals, organisatorische randvoorwaarden en leiderschap (95). Voor de laatste twee is in de jeugdzorg lang niet altijd oog. Voor competentieontwikkeling blijven we in de praktijk doorgaans steken bij het bieden van training. En er is veel meer nodig dan trainen alleen!

Competentieontwikkeling

Veel van de interventies en methoden die in de jeugdzorg gebruikt worden richten zich op gedragsverandering bij kinderen, jongeren en ouders. Ik noemde eerder dat werkzame elementen daarin onder andere voordoen (*modeling*), oefenen, feedback krijgen zijn. Uit eerder onderzoek binnen het lectoraat naar de trainingen die gebruikt worden bij *evidence based* interventies weten we dat het net als in trainingen voor jeugdigen en ouders, ook in trainingen voor professionals van belang is actieve leermethoden te gebruiken. Het is een parallel proces. Dat betekent dat het, net als bij trainingen in opvoedvaardigheden aan ouders of bijvoorbeeld emotie-regulatie training bij jongeren, nodig is om naast uitleg over de theoretische achtergrond, vooral de aanpak zelf uit te leggen en te laten zien op film, of door zelf voor te doen hóe iets toegepast kan worden. Dit in combinatie met oefenen in rollenspel, met reflectie en feedback (70). Het verbaast mij dat er eigenlijk nog maar weinig bekend is over de beste manier om professionals te trainen. Een recente meta-analyse laat zien dat er nog weinig bekend is over de benodigde duur, vorm (workshop, workshop + consultatie, train-de-trainer etc.) en over de intensiteit van trainingen (115). In eigen land is recent een door ZonMW gefinancierd project naar effectieve manieren van trainen van professionals in de jeugdzorg afgesloten. Bij mijn weten is dat de eerste keer dat er naar trainen van jeugdzorgprofessionals gekeken is (116).

Trainingen worden veel toegepast, maar trainen alleen heeft weinig zin. Na een training moet er geleerd kunnen worden op de werkvloer om het geleerde te bestendigen en de vaardigheden verder te ontwikkelen. Ook weer met actieve manieren van leren. Ik noemde al het gebruik van reflectie-instrumenten of een praktijkprofiel als basis voor reflectie op de eigen praktijk. Net als voorbeelden zien van anderen, consultatie, oefenen en feedback krijgen in supervisie, helpt dit professionals om de vaardigheden en houdingsaspecten te ontwikkelen en bestendigen die nodig zijn voor het toepassen de interventie (9,70,117-119) en voor het ontwikkelen van een lerende houding (120).



Supervisie is een bekende strategie om de competenties die nodig zijn voor kwalitatief goede uitvoering van interventies en methoden te ontwikkelen (121-123). Supervisie is in de jeugdzorgpraktijk wel bekend (124-126), maar supervisie zoals hier bedoeld, gericht op de kwaliteit van de interventies of methoden waarmee gewerkt wordt (*supervision*), is eigenlijk alleen gebruikelijk in *evidence based* interventies (34,127). In de Nederlandse praktijk wordt de term supervisie doorgaans gebruikt voor het bespreken van persoonlijke vragen en dilemma's, los van de toepassing van methoden. Ook in *supervision* is daar echter plaats voor. Ons eigen onderzoek naar leren op de werkvloer liet zien dat *supervision* doorgaans gegeven wordt in een vaste groep collega's en dat hierbij doorgaans zowel het toepassen van de interventie als het doelgericht werken, de vooruitgang van de cliënt, het welzijn van de professional en organisatorische zaken aan de orde komen in elke sessie (70). Ik gebruik de term supervisie nadrukkelijk in deze betekenis. Ook hiervoor geldt, gek genoeg, dat er nog nauwelijks iets bekend is over hoe intensief supervisie dient te zijn of over de verschillen tussen beginnende en ervaren professionals (128,129).

Gerichte ondersteuning is overigens niet alleen belangrijk voor het ontwikkelen van competenties van professionals. Er zijn aanwijzingen dat gerichte ondersteuning van professionals personeelswisselingen en burn-outs vermindert (130) en de *self-efficacy* van professionals verhoogt. Dit laatste is het geloof in het eigen kunnen bij de uitvoering van een specifieke taak (131) en blijkt in onderzoek onder leerkrachten van belang in relatie tot werktevredenheid en het voornemen om van baan te veranderen (132). In kleinschalige onderzoek bij Halt vonden we aanwijzingen dat de *self-efficacy* van Halt-medewerkers was toegenomen door regelmatige supervisie met gebruik van de eerder genoemde kijkwijzer (133).

Dan nog iets anders. In de hulp aan jeugdigen en gezinnen wordt inmiddels op verschillende manieren gebruikgemaakt van technologie. Zo is er een VR-interventie voor ouders die in een problematische scheiding verwikkeld zijn, waarmee zij vanuit de ogen van een kind naar de situatie kijken en zich bewust worden van de impact die dit kan hebben op kinderen (134). Ook zijn er eerste stappen gezet om VR te gebruiken in de behandeling van kinderen met agressief gedrag (135,136), en er zijn beslist nog meer voorbeelden te geven. Ook hier lijkt mij het parallel proces op te gaan, oftewel: kunnen we technologie ook inzetten om gedrag van professionals te beïnvloeden? En maakt dat het leren voor professionals efficiënter of aantrekkelijker? We deden een verkenning rond deze vraag en keken wat er nodig is om gesprekstechnieken voor relationele en seksuele opvoeding te oefenen met een chatbot (137). Ook deden we een verkenning naar beschikbare manieren van leren met behulp van technologie

(138). Zo maakten we kennis met uiteenlopende manieren. Bijvoorbeeld het uploaden van een opname van een gesprek in een leeromgeving, en aan de hand van een kijkwijzer' zelf reflecteren op het gesprek, oefenen van gespreksvaardigheden met een virtuele trainingsacteur (avatar) of oefenen in een VR omgeving aan de hand van een interactieve film. De ontwikkelingen op dit terrein gaan snel en er blijken al stappen gezet om ontwerpprincipes te definiëren voor leren met behulp van technologie. Over de toepassing daarvan met betrekking tot leren op de werkvloer in het algemeen en binnen de jeugdzorg in het bijzonder is echter nog geen kennis beschikbaar (mondelinge informatie Frank Cornelissen, Johan Jeuring, 24 januari 2023).

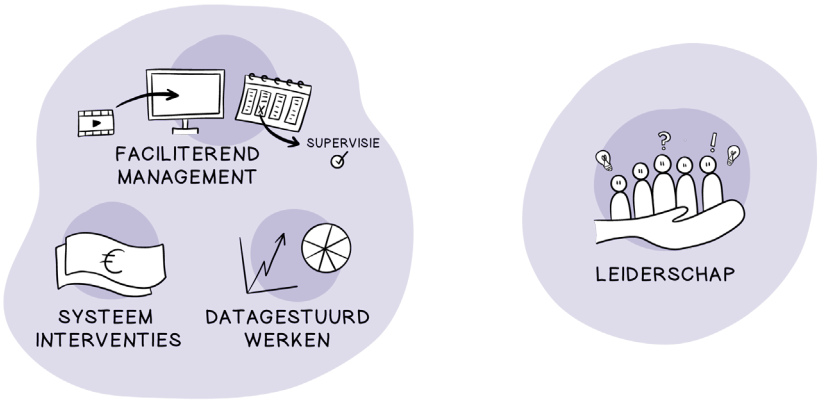
Organisatorische randvoorwaarden

Aan leren op de werkvloer zit ook een organisatorische kant met veel verschillende aspecten die samen de '*enabling context*' vormen (95):

Faciliterend management: bijvoorbeeld inroosteren van tijd (en een locatie) voor collegiale interactie, reflectie, coaching en zorgen dat er voldoende mensen zijn om te coachen, en daarnaast bijvoorbeeld zorgen voor een veilige en makkelijk toegankelijke online omgeving om beelden te uploaden. In de supervisiesessies bij Halt bleek dit een struikelblok, dit kostte nu veel te veel tijd (108). En ook in een eerder project waar we supervisie aan de hand van beelden van twee practice based interventies onderzochten, bleek dit tijdsgebrek een probleem (139,140).

Datagedreven werken: hier gaat het om het systematisch en consequent verzamelen van monitoringsgegevens, die op alle niveaus in de organisatie gebruikt kunnen worden om van te leren en beslissingen te ondersteunen. Tot nu toe gaat de discussie over het belang hiervan vooral over het verzamelen van gegevens over de uitkomsten van de hulp: de resultaten die behaald worden bij ouders en kinderen (31,141). Dat is belangrijk en moeten we zeker blijven doen. Juist ook vanwege het in kaart brengen van de relatie tussen de kwaliteit en de effectiviteit van de hulp. Maar ik bedoel hier informatie over de kwaliteit van de uítvoering van de hulp. We hebben het al gehad over reflectie-instrumenten en de kijkwijzer bij Halt. Deze zijn, los van het directe leren op de werkvloer, ook belangrijk voor zicht op de kwaliteit van de hulp en bijvoorbeeld bijsturen van manieren van leren. Hetzelfde geldt voor proces-informatie, over het gebruik van leren op de werkvloer. Die kan bijvoorbeeld gebruikt worden om de link met werktevredenheid of ziekteverzuim te kunnen leggen. Dit soort informatie biedt daarmee zicht op doorwerking van beleid in de praktijk, waar de nationaal rapporteur voor pleit (94).

Systeem interventies: dit zijn acties gericht op de omgeving van de organisatie, die nodig zijn om leren op de werkvloer mogelijk te maken. Zoals rond de financiering van leren op de werkvloer en zorgen voor 'eerlijke tarieven', waarin indirecte uren voor zaken als dit zijn meegenomen, zoals overigens het uitgangspunt is in de stukken voor de Hervormingsagenda (142). Hoopgevend voor een *enabling context* is het uitgangspunt in de stukken voor de Hervomings-



agenda van gezamenlijk leren op alle niveaus in het stelsel van jeugdzorg: professionals en gezinnen, organisaties en beleid, kennis en onderzoek, bestuur en overheid (142). Uit onderzoek naar de invoering van een nieuwe werkwijze bij Jeugdbescherming Amsterdam weten we dat een lerende houding op al deze niveaus noodzakelijk is (143).

Leiderschap

Om oog voor kwaliteit van de uitvoering van interventies echt te laten landen, is een ondersteunende, open en lerende houding noodzakelijk van teamleiders, begeleidend gedragswetenschappers, afdelingshoofden, programmaleiders en bestuur van organisaties in de jeugdzorg. In de praktijk is daar doorgaans weinig aandacht voor, leren wordt tot nu toe vooral als een individuele aangelegenheid en verantwoordelijkheid gezien (144).

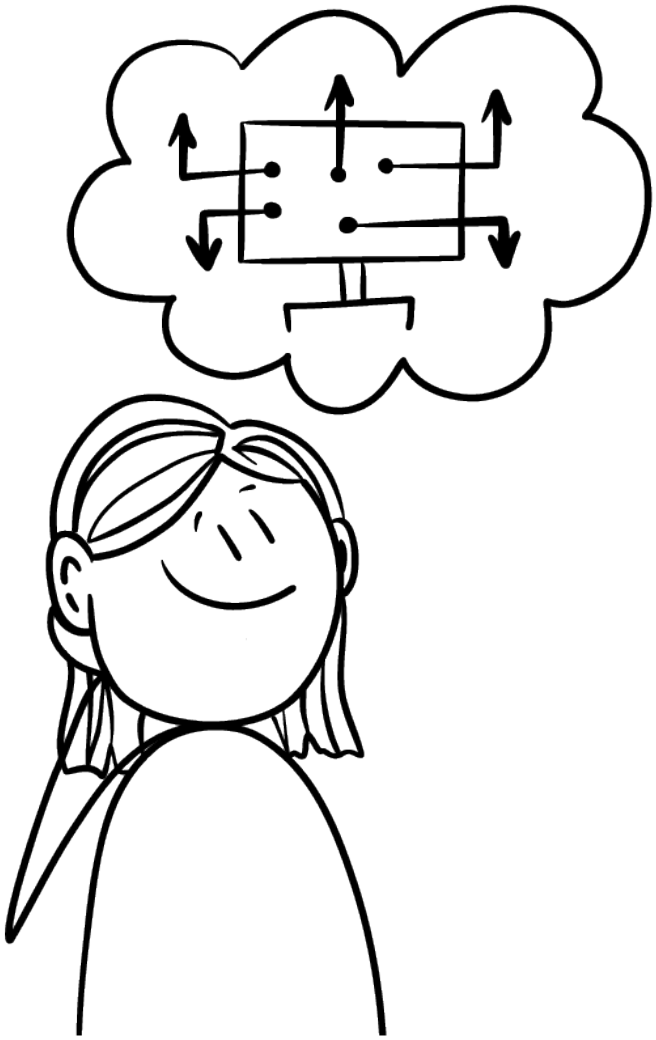
3 HET IMPLEMENTATIEPROCES

Wil leren op de werkvloer vorm kunnen krijgen dan is er aparte aandacht voor nodig. Een eigen implementatieproces, met een implementatie-team dat dit als opdracht heeft (145). Mensen vragen mij weleens wat het verschil is tussen implementatie en veranderkunde of innovatie. Op dit punt is er volgens mij geen verschil. Het systematisch aandacht besteden aan leren op de werkvloer is een verandering, een innovatie. De strategieën die bij elkaar gebracht zijn en de niveaus waarop deze zich richten komen in beide vakgebieden – voor zover ik nu kan overzien – erg overeen (146-149). Ook in de competentieprofielen die inmiddels zijn opgesteld voor implementatie-ondersteuners zijn competenties van veranderaars zichtbaar (96,150,151). Ik vermoed zomaar dat de veranderkunde de jeugdzorg hier goed zou kunnen helpen.

Leren op de werkvloer wordt in de implementatie literatuur gezien als een strategie om aan competentieontwikkeling te doen (152), en zoals wij ook gemerkt hebben in ons project effectieve reflectie is dit een innovatie op zichzelf. Internationaal onderzoek heeft kennis opgeleverd over factoren die implementatie beïnvloeden in het algemeen (95,102,153) en in de jeugdzorg (154,155).

En tevens over de fasen die doorgaans in een implementatie proces doorlopen worden (99), de strategieën die daarbij helpen (146) en de monitoring en evaluatie die gedurende het proces steeds nodig is en helpen om al lerend steeds verder te komen (95). Er is helaas nog geen *magic bullet* om de meest wenselijke strategie te kiezen (156). Net als in de hulpverlening aan jeugdigen en gezinnen, om het parallel proces er maar weer even bij te halen, gaat het erom steeds te kijken wat de behoefte (onder professionals) is, wat we weten over wat daarbij het beste werkt, dat te gaan doen en steeds te blijven monitoren en evalueren.[5)] Alleen dan is het mogelijk om mensen in staat te stellen 'goed werk' te leveren: werk van hoge kwaliteit, dat betekenisvol en maatschappelijk verantwoord is (157,158).

5 Uitleg en inspiratie voor het ontwerpen van strategieën voor gedragsverandering van professionals zijn te vinden in The Behaviour Change Wheel (167) en bijvoorbeeld de methode Intervention mapping (168). Voor een voorbeeld over het gebruik van intervention mapping bij het ontwikkelen van implementatie strategieën zie (169).



Besluit

Ik ben met u nagegaan wat er nodig is om de kwaliteit en effectiviteit van de jeugdzorg te verbeteren. Ik heb laten zien dat onze kennis over effectieve interventies aanknopingspunten biedt om aandacht te besteden aan kwaliteit en voorgesteld om te focussen op centrale bouwstenen van interventies en bredere programma's. Verder heb ik aandacht besteed aan implementatie en wat erbij de totstandkoming van effectieve implementatie komt kijken. We bespraken dat dit een bruikbare aanpak vergt en een ondersteuningsstructuur voor professionals in organisaties. Op die manier kan gewerkt worden aan een *enabling context* in organisaties. Er zijn echter ook breder strategieën nodig, richting de politieke en maatschappelijke context om van een *enabling context* te spreken. Wat voor lessen kunnen we hieruit nu trekken voor de jeugdzorg? En wat betekent dit voor onderzoek en voor ons onderwijs?

De jeugdzorg

Ik schetste aan het begin van mijn verhaal de ontwikkelingen in de jeugdzorg. Het is geweldig dat de noodzaak van aandacht voor kwaliteit en effectiviteit én voor leren en ontwikkelen centraal staat in de brieven van de bewindslieden en de stukken rond de Hervormingsagenda Jeugd. Dit biedt hopelijk uitzicht op een *enabling context* in de nabije toekomst. Er zijn hiervoor wel drie belangrijke stappen nodig:

1 **Investeren in het concretiseren van de centrale bouwstenen van jeugdzorg-interventies.** Zodanig dat niet alleen duidelijk is wát er van professionals verwacht wordt, maar vooral ook hóe zij dat kunnen toepassen bij hún cliënten.
2 **Investeren in een ondersteuningsstructuur binnen organisaties die effectieve toepassing van deze centrale bouwstenen van jeugdzorginterventies mogelijk maakt en die – zeer waarschijnlijk – ook een rol kan spelen bij het behoud van personeel.** Dit betekent niet alleen aandacht voor het ontwikkelen van competenties van individuele professionals, maar ook en vooral voor de organisatorische randvoorwaarden en leiderschap op alle niveaus van de organisatie.
3 **Aandacht voor het implementatieproces dat dit vergt.** Want het gaat niet om een eenmalige actie. Er zijn strategieën nodig, afgestemd op de behoeften van individuele professionals en de teams waarin zij werken.

Mijn focus lag vandaag op goed implementeren van centrale bouwstenen van het werk in de jeugdzorg. Ik heb het niet gehad over implementatie van níeuwe interventies of instrumenten. Op dit moment is er in de jeugdzorg veel aandacht voor de zogenaamde 'verklarende analyse' (159). In allerlei organisaties worden nu trainingen gegeven in het uitvoeren van een verklarende analyse als basis voor het samen met ouders en/of jongeren op te stellen hulpverleningsplan. Hiervoor geldt natuurlijk hetzelfde: om de verklarende analyse te implementeren is meer nodig dan trainen alleen. Het gaat dan bijvoorbeeld om een bredere ondersteuningsstructuur, organisatorische inbedding, leiderschap, aandacht voor het implementatie-proces onder leiding van een implementatieteam.

In de stukken voor de Hervormingsagenda is een belangrijk uitgangspunt opgenomen: doen wat werkt, niet doen wat niet werkt en onderzoeken wat we nog niet weten (142). Ik vermoed dat dit gericht is op onze kennis over interventies. Het geldt wat mij betreft ook en vooral voor de manier waarop competentieontwikkeling van professionals in de jeugdzorg nu vaak opgepakt wordt. Een training inzetten is relatief makkelijk, maar 'trainen alleen', daarvan weten we dat het niet werkt. Laten we daarmee stoppen en doen wat werkt: een ondersteuningsstructuur inrichten voor professionals, gericht op de kwaliteit van de toepassing van de interventies en methoden waarmee gewerkt wordt. En daarbij als eerste focussen op de centrale bouwstenen van jeugdzorg. En laten we vooral ook niet alleen interventies voor jeugdigen en gezinnen onderzoeken, maar ook wat er werkt in het ontwikkelen en implementeren van die ondersteuningsstructuur.

Onderzoek

Dat brengt me op de vraag: wat betekent dit voor onderzoek?
Ik heb laten zien dat er al relatief veel bekend is over *evidence based* interventies en hun werkzame elementen. Veel minder bekend is er over:

1 **Evidence based manieren om de competentieontwikkeling van professionals te ondersteunen.** Er is maar beperkt informatie over de beste ingrediënten, duur en intensiteit en werkvormen bij trainen en bij leren op de werkvloer ná het volgen van een training. Ook is nog onbekend hoe technologie kan helpen om leren op de werkvloer efficiënter en flexibeler te maken en beter afgestemd op individuele behoeften van medewerkers.
2 **Bruikbare interventies (usable interventions).** Ik heb laten zien dat reflectie-instrumenten en praktijkprofielen hier een belangrijke rol in kunnen spelen. Voor de *evidence based* interventies is instrumentarium beschikbaar. Binnen het lectoraat hebben we ervaring opgedaan met het ontwikkelen, gebruiken en op effect onderzoeken van reflectie-instrumenten voor twee *practice based* interventies (160,161): voor relationele en seksuele voeding (112) en met een praktijkprofiel (106). Een noodzakelijke vervolgstap is de het gebruik van deze instrumenten monitoren en de validiteit en betrouwbaarheid na te gaan.
3 **De huidige ondersteuningsstructuur in jeugdzorgorganisaties en manieren om die door te ontwikkelen en te implementeren aan de hand van bij de jeugdzorg passende implementatie-strategieën.** En het effect van deze strategieën. Zie hiervoor ook de onlangs opgestelde kennisagenda implementatie (162).

Ik ben me ervan bewust dat mijn referentiekader vooral interventies bij gedragsproblemen betreft. De kennis aangaande overlap in werkzame elementen zit tot nu toe ook vooral in die hoek. Er zijn natuurlijk ook andere problemen waarvoor jongeren en ouders bij de jeugdzorg aankloppen. Denk aan eenzaamheid, depressieve gevoelens of eetproblemen. Daarom moet mijn pleidooi voor de focus op centrale bouwstenen van jeugdzorg gezien worden als een eerste stap. Er is meer kennis nodig over welke centrale bouwstenen er jeugdzorg-breed zijn.

Vooral de eerste drie onderwerpen vergen interdisciplinair onderzoek, met kennis uit de hoek van onderwijskunde, *technology enhanced* leren (TEL) en beroepsonderwijs voor het onderdeel leren op de werkvloer, en kennis vanuit veranderkunde en teamleren voor de bij de jeugdzorg passende implementatie-strategieën. De huidige structuur voor subsidiëring van onderzoek vanuit ZonMW, NRO, NWO en andere fondsen is hier nog niet op gericht. Hoopgevend is het voornemen om een gemeenschappelijk programma te ontwikkelen, zoals opgenomen in de nota van de kwartiermaker Kwaliteit en Blijvend Leren voor de hervormingsagenda (142). Mijn oproep is om ons als onderzoekers daarin niet steeds onderling te laten concurreren in afzonderlijke calls, maar een structuur op te zetten waarin wij kunnen solliciteren of uitgenodigd worden te participeren in een interdisciplinair consortium dat dan daarna gezamenlijk een onderzoeksplan maakt. Dat scheelt heel veel uren en dus geld, dat besteed kan worden aan het verbeteren van de kwaliteit van de jeugdzorg. Er zijn hier al voorbeelden van. Mijn oproep is daarvan te leren om stappen te zetten voor de jeugdzorg.

Opleiden

Om implementatie in de praktijk de aandacht te geven die nodig is, zijn er mensen nodig die anderen coachen, begeleiden, superviseren (de ondersteuners van de competentieontwikkeling), die implementatieprocessen op de werkvloer begeleiden (en bijvoorbeeld lid zijn van het implementatie team dat het proces aanstuurt en ondersteunt) én mensen die implementatie onderzoeken (implementatie onderzoekers in plaats van interventie onderzoekers) (163).

Wat betekent dit voor de opleidingen aan universiteit en hogeschool én die van nieuwe medewerkers in het werkveld zelf? Dat is een vraag waar ik me met de collega's hier aan de Universiteit van Amsterdam, de Hogeschool van Amsterdam en de jeugdzorgorganisaties graag over buig. Welke rol is er bijvoorbeeld weggelegd voor de pedagogen die we hier in huis opleiden? Is er niet meer aandacht nodig voor de begeleidende rol jegens hbo-collega's die gedragswetenschappers in de jeugdzorg veelal hebben? En welke kennis hebben studenten in de research master nodig over implementatie-onderzoek? Er zijn al voorbeelden van onderwijs op dit terrein, onder andere bij collega's aan buitenlandse universiteiten. Het wiel hoeft niet opnieuw uitgevonden te worden.

Tot slot

Laten we werk maken van het implementeren van leren: laten we leren op de werkvloer gewoon maken. En laten we ook zowel hbo- als wo-studenten leren te implementeren en onderzoek te doen naar implementatie. Kortom: laten we het leren (op de werkvloer) implementeren en studenten en medewerkers ook leren implementeren.

Ik begon deze rede met een sprookje, ik heb laten zien hoe dat sprookje waarheid kan worden. Ik hoop dat we over tien jaar terugkijken en kunnen zeggen: en ze leefden nog lang en gelukkig!

Dankwoord

Ik ben aan het slot gekomen van mijn rede en wil graag enkele woorden van dank uitspreken.

Allereerst dank ik het College van Bestuur van de Universiteit van Amsterdam, de decaan van de Faculteit Maatschappij en Gedrag van deze universiteit én de decaan van de Faculteit Maatschappij en Recht van de Hogeschool van Amsterdam voor het in mij gestelde vertrouwen.

Mijn speciale dank gaat uit naar Geertjan Overbeek, Monique Volman en Jean Tillie die het curatorium vormen van de bijzondere leerstoel. Veel dank voor jullie steun en inzet om dit mogelijk te maken en Geertjan, dank voor je enthousiaste ondersteuning en de mogelijkheid deze leerstoel onder te brengen bij Preventieve Jeugdzorg.

Dank ook aan Mark van den Heuvel van de Hogeschool van Amsterdam voor alle praktische zaken die bij het realiseren van een leerstoel komen kijken. En ook aan Bente Vissser, voor regelen en organiseren op de achtergrond zodat combinatie lectoraat en leerstoel soepel verloopt.

Dan de collega's van het lectoraat jeugdzorg en de voorlopers ervan. Alles wat ik vandaag heb verteld is met en door jullie werk tot stand gekomen. Heel veel dank voor de fijne samenwerking en alle gezelligheid. En deze dank geldt ook voor de docenten die door de jaren heen, voor kortere of langere tijd aan het lectoraat verbonden waren.

Dank ook aan de collega's in de jeugdzorgpraktijk voor de samenwerking in uiteenlopende projecten. Speciaal dank ik Carolien Konijn als rots in branding die ik altijd kan bellen, en aan alle collega's betrokken bij de recente aanvraag én de leerwerkplaats. Het is heel fijn om zo samen te werken!

Hetzelfde geldt voor collega's van andere universiteiten en hogescholen: dank voor het delen van kennis uit jullie vakgebied bij het werk aan onze recente gezamenlijke aanvraag. Dit liep gesmeerd en smaakt naar meer.

De collega's hier in huis: Bram Orobio, Frank Cornelissen, Marije Maric: dank voor jullie enthousiaste inzet bij onze gezamenlijke aanvraag. Loes van Rijn, Henny Bos, Geert Jan Stams, Brechtje de Mooij: dank voor het bieden van de mogelijkheid om onderwijs te geven over implementatie in colleges en in het begeleiden van scripties. En niet te vergeten de collega's van Preventieve Jeugdzorg: voor de super ontvangst, de lunches en meetings en andere happenings. Veel dank, ik voelde me heel snel helemaal thuis.

De Schetswinkel dank ik voor het meedenken en de illustraties bij deze rede. Een beeld zegt zoveel meer dan woorden!

Lieve vrienden en familie hier aanwezig: geweldig dat jullie er zijn en dank voor jullie belangstelling en steun door de tijd heen. Dames en coach van FF: dank voor de mogelijkheid het hoofd leeg te maken en voor focus op andere zaken. ‘Schouders ontspannen en op de benen’ zie ik als een mooie metafoor voor wat er in de jeugdzorg nodig is.

Pap en mam, Simon/Tiny: dank voor alles in de 61 jaren dat we al samen zijn. Geweldig dat jullie hier zijn!

En, last but not least, Philippe, Dorien, Sascha, Marcel: dank voor jullie geduld, en voor alle gezelligheid, thuis en elders.

Ik heb gezegd

Referenties

1 Bronfenbrenner U. Ecological models of human development. Int Encycl Educ. 1994;3(2):37-43.
2 Bronfenbrenner U, Morris P. The bioecoloigical model of human development. In: Theorectical models of human development. Wiley; 2006. p. 793-828.
3 Henggeler S, Schoenwald S, Borduin C, Rowland M, Cunningham P. Multisystemic Treatment of Antisocial Behavior in Children and Adolescents. Vol. 26, Behavioral Disorders. New York/London: The Guilford Press; 2001. 259-260 p.
4 Henggeler SW, Rodick JD, Borduin CM, Hanson CL, Watson SM, Urey JR. Multisystemic treatment of juvenile offenders: Effects on adolescent behavior and family interaction. Dev Psychol. 1986;22:132-41.
5 Henggeler SW, Melton GB, Smith LA, Schoenwald SK, Hanley JH. Family preservation using multisystemic treatment: Long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. J Child Fam Stud. 1993 Dec;2(4):283-93.
6 Borduin CM, Henggeler SW, Blaske DM, Stein RJ. Multisystemic Treatment of Adolescent Sexual Offenders. Int J Offender Ther Comp Criminol. 1990 Sep 1;34(2):105-13.
7 Brunk MA, Henggeler SW, Whelan JP. Comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. J Consult Clin Psychol. 1987;55(2):171.
8 Schoenwald SK, Scherer DG, Brondino MJ. Chapter: Effective community-based treatments for serious juvenile offenders. Henggeler SW [Ed], Santos AB [Ed], editors. 1997;65-82.
9 Cunningham PB, Randall J, Henggeler SW, Schoenwald SK. Multisystemic therapy supervision: A key component of quality assurance. In: Neill TK, editor. Helping others help children: Clinical supervision of child psychotherapy. Washington, DC US: American Psychological Association; 2006. p. 137-60.
10 Henggeler SW, Schoenwald SK, Liao JG, Letourneau EJ, Edwards DL. Transporting efficacious treatments to field settings: The link between supervisory practices and therapist fidelity in MST programs. J Clin Child Adolesc Psychol. 2002;31(2):155-67.
11 Schoenwald SK, Heiblum N, Saldana L, Henggeler SW. The international implementation of multisystemic therapy. Eval Health Prof. 2008 Jun;31(2):211-25.
12 Henggeler S., Schoenwald SK, Borduin CM, Rowland MD, Cunningham PB. Multi systeem therapie voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag. Amsterdam: SWP; 2010. 367 p.
13 Schoenwald SK. The Multisystemic Therapy® quality assurance/quality improvement system. In: Quality improvement in behavioral health. Springer; 2016. p. 169-92.
14 Smith-Boydston JM, Holtzman RJ, Roberts MC. Transportability of Multisystemic Therapy to Community Settings: Can a Program Sustain Outcomes Without MST Services Oversight? 2014;593-605.
15 Cunningham A. Lessons Learned From a Randomized Study of Multisystemic Therapy in Canada [Internet]. 2002. Available from: https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/lessons-learned-randomized-study-multisystemic-therapy-canada
16 Berger M, Boendermaker L. Multisysteembehandeling in Nederland. Voorstel voor de introductie van MST. Utrecht: NIZW; 2003.
17 Bruning MR, van der Zon KAM, Smeets DJH, van Boven HJ. Eindevaluatie wet herziening kinderbeschermingsmaatregelen. Boom Juridisch; 2022.
18 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Signalen jeugdbeschermingsketen – februari 2023 [Internet]. 2023 [cited 2023 Feb 25]. Available from: https://www.igj.nl/actueel/nieuwsbrieven/signalen-jeugdbeschermingsketen/2023/signalen-jeugdbeschermingsketen-februari-2023
19 Weerwind, F.M. M van R, Van Ooijen. MSV. Verzamelbrief jeugdbescherming. Ministerie van Justitie en Veiligheid; 2023.
20 Friele RD, Bruning MR, Bastiaanse ILW, Boer R de, Bucx AJEH, De Groot JF de., et al. Eerste evaluatie jeugdwet. Den Haag: ZonMW; 2018.
21 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd;, Kinderombudsman;, Nationale Ombudsman;, Zorgautoriteit; N, Samenleving R voor V&. Samen verder, kinderen en gezinnen met complexe problemen samen verder helpen (vervolgrapportage). 2022.
22 Van Zwol R, De Jong AHM, De Vries JF, Brok AAM, Sietsma H. Jeugdzorg: een onderwerp van aanhoudende zorg. 2021.
23 Nederlands Jeugdinstituut (NJi). Kwaliteit, effectiviteit, leren, ontwikkelen en kennisinfrastructuur. Inleiding lectoren Jeugd. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut (NJi); 2022.
24 Van der Aar M, Choy J, Dijkshoorn P, Kraaijeveld K, Popma A, Roos I, et al. Toekomst jeugd. 2021.
25 Spijk-de Jonge M., De Lange M., Serra M., Van der Steege M., Dijkshoorn P. Betrek mij gewoon!' Op zoek naar verbeterkansen voor de jeugdhulp in het casusonderzoek Ketenbreed Leren. 2022.
26 Van Ooijen MSV., Weerwind FM. M van R. Stand van zaken jeugdzorg, brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal. 2022. p. 1-5.

27 Van Ooijen. MSV., Weerwind FM. M van R. Brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal over hervormingen jeugdzorg. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Ministerie van Veiligheid en Justitie; 2022.
28 Sociaal-economische Raad. Tastbaar beleid voor de jeugdzorg. 2022.
29 Van Bodegom L, Thijssen R. Minder lasten Meer plezier. 2021.
30 Bastiaanssen I, Hamberg H, Ince D. Interventies rond opvoeden en opgroeien: meer lacunes dan overvloeden. Utrecht; 2020.
31 Van Yperen T, Veerman JW, Bijl B. Naar meer effect: Resultaatgericht ontwikkeling van interventies. In: Van Yperen T, Veerman JW, Bijl B, editors. Zicht op effectiviteit Handboek voor praktijkgericht effectonderzoek in de jeugdzorg. Lemniscaat; 2017. p. 17-52.
32 Bastiaanssen I. Effectief werken in het veranderende jeugdveld. Naar een gezamenlijke visie. Utrecht; 2019.
33 Veerman JW, Van Yperen TA. Degrees of freedom and degrees of certainty: a developmental model for the establishment of evidence-based youth care. Eval Program Plann. 2007;30(2):212.
34 Lyon AR, Stanick C, Pullmann MD. Toward high-fidelity treatment as usual: Evidence-based intervention structures to improve usual care psychotherapy. Clin Psychol Sci Pract. 2018;25(4):e12265.
35 Boendermaker L, Harder AT, Speetjens P, van der Pijll M, Bartelink C, Everdingen J. Programmeringsstudie jeugdzorg. Utr Groningen Ned Jeugdinstituut Rijksuniv Groningen. 2007;
36 Becker KD, Chorpita BF. Future Directions in Youth and Family Treatment Engagement : Finishing the Bridge Between Science and Service. J Clin Child Adolesc Psychol. 2023;00(00):1-26.
37 Kazdin AE. Psychotherapy for children and adolescents: Directions for research and practice. Oxford University Press; 2000.
38 Weisz JR, Weiss B, Han SS, Granger DA, Morton T. Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: a meta-analysis of treatment outcome studies. Psychol Bull. 1995;117: 450-68.
39 Kaminski JW., Valle LA, Filene JH, Boyle CL. A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. J Abnorm Child Psychol. 2008;36(4):567-89.
40 Landenberger NA, Lipsey MW. The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. J Exp Criminol. 2005;1(4):451-76.
41 Lipsey MW, Wilson B. D. Effective intervention for serious juvenile offenders. A synthesis of research. In: Loeber R, Farrington P. D, editors. Serious and violent juvenile offenders Risk factors and successful interventions. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage; 1998. p. 313-45.
42 Menting ATA, Orobio de Castro B, Matthys W. Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. Clin Psychol Rev. 2013;33(8):901-13.
43 Garland AF, Hawley KM, Brookman-Frazee L, Hurlburt MS. Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2008;47(5):505-14.
44 Hogue A, Bobek M, Dauber S, Henderson CE, McLeod BD, Southam-Gerow MA. Distilling the core elements of family therapy for adolescent substance use: conceptual and empirical solutions. J Child Adolesc Subst Abuse. 2017;26(6):437-53.
45 Chorpita BF, Daleiden EL, Weisz JR. Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: A distillation and matching model. Ment Health Serv Res. 2005;7(1):5-20.
46 Chorpita BF, Becker KD, Daleiden EL. Understanding the common elements of evidence-based practice: Misconceptions and clinical examples. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(5):647-52.
47 Chorpita BF, Daleiden EL. Mapping evidence-based treatments for children and adolescents: application of the distillation and matching model to 615 treatments from 322 randomized trials. J Consult Clin Psychol. 2009;77(3):566.
48 Weisz JR. Building Robust Psychotherapies for Children and Adolescents. Perspect Psychol Sci. 2014;9(1):81-4.
49 Leijten P. Ingrediënten van Effectieve Ouderbegeleiding bij Gedragsproblemen van Jonge Kinderen. 2022;1-22.
50 Leijten P, Gardner F, Melendez-Torres GJ, Van Aar J, Hutchings J, Schulz S, et al. Meta-analyses: Key parenting program components for disruptive child behavior. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2019;58(2):180-90.
51 Blokland G. Interventie Triple P niveau 4 / 5 VRIENDEN VRIENDEN. Utrecht;
52 Goense PB, Boendermaker L, Van Yperen TA. Stimulating quality of service delivery in mental health care settings for youth. Suggestions for integrating support systems: In: Bridging the implementation gap: A study on sustainable implementation of interventions in child and youth care organizations. Pauline Brigitta Goense; 2016. p. 101-7.

53 ZonMW. Consortia Effectiviteit psychosociale interventies Jeugd. 6 consortia gericht op kennisbevordering over de effectiviteit van psychosociale interventies in de jeugdsector [Internet]. Available from: https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/jeugd/effectief-werken/3a-consortia-effectiviteit-psychosociale-interventies-jeugd/

54 Leijten P. Effective Components of Parenting Programmes for Children's Conduct Problems. In: Family-Based Intervention for Child and Adolescent Mental Health. Cambridge University Press; 2021. p. 40-52.

55 Mooij B De, Fekkes M, Scholte RHJ, Overbeek G. Effective Components of Social Skills Training Programs for Children and Adolescents in Nonclinical Samples: A Multilevel Meta-analysis. 2020;250-64.

56 van der Pol TM, van Domburgh L, van Widenfelt BM, Hurlburt MS, Garland AF, Vermeiren RRJM. Common elements of evidence-based systemic treatments for adolescents with disruptive behaviour problems. Vol. 6, The Lancet Psychiatry. Elsevier; 2019. p. 862-8.

57 Mooij B De, Fekkes M, Miers AC, Overbeek G. What Works in Preventing Emerging Social Anxiety: Exposure, Cognitive Restructuring, or a Combination? 2023;

58 Leijten P, Melendez-Torres GJ, Gardner F. Research Review: The most effective parenting program content for disruptive child behavior – a network meta-analysis. J Child Psychol Psychiatry. 2022;63(2):132-42.

59 Yperen T van, Steege M van der, Addink A, Boendermaker L. Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2010.

60 Onstenk E, Peelen J, Hilbrink I, Van Hattum M. Internationale kennisupdate algemeen werkzame factoren in de zorg voor jeugd. Alliantie-, client-, en professionalfactoren. 2021.

61 Onstenk E, Hilbrink E, van Hattum M. Werk maken van allianties in de zorg voor jeugd. 2023.

62 Finsrud I, Nissen-lie HA, Vrabel K, Wampold BE, Ulvenes PG, Finsrud I, et al. It's the therapist and the treatment: The structure of common therapeutic relationship factors. 2022;(May 2021).

63 Goense PB, Assink M, Stams GJ, Boendermaker L, Hoeve M. Making "what works" work: A meta-analytic study of the effect of treatment integrity on outcomes of evidence-based interventions for juveniles with antisocial behavior. Aggress Violent Behav. 2016;31:106-15.

64 Schoenwald SK, Sheidow AJ, Chapman JE. Clinical Supervision in Treatment Transport: Effects on Adherence and Outcomes. J Consult Clin Psychol. 2009;77(3):410-21.

65 Lipsey MW. The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: A meta-analytic overview. Vict offenders. 2009;4(2):124-47.

66 McLeod BD, Southam-Gerow MA, Tully CB, Rodriguez A, Smith MM. Making a case for treatment integrity as a psychosocial treatment quality indicator for youth mental health care. Clin Psychol Sci Pract. 2013;20(1):14-31.

67 Perepletchikova F. On the topic of treatment integrity. Clin Psychol Sci Pract. 2011;18(2):148–53.

68 Schoenwald SK. It's a bird, it's a plane, it's … fidelity measurement in the real world. Clin Psychol Sci Pract. 2011 Jun;18(2):142-7.

69 Pauline, Goense, Leonieke, Boendermaker, Tom, van Yperen, et al. Implementation of treatment integrity procedures. Z Psychol. 2015;

70 Goense PB, Pronk S, Boendermaker L, Bakker R, Ruitenberg I, Bertling L. Leren op de werkvloer. Uitgeverij Eburon; 2015.

71 Baartman LKJ, de Bruijn E. Educational Research Review. 2011.

72 Barber JP, Gallop R, Crits-Christoph P, Frank A, Thase ME, Weiss RD, et al. The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. Psychother Res. 2006;16(2):229-40.

73 Barber JP, Sharpless BA, Klostermann S, McCarthy KS. Assessing intervention competence and its relation to therapy outcome: A selected review derived from the outcome literature. Prof Psychol Res Pract. 2007;38(5):493-500.

74 Barber JP, Triffleman E, Marmar C. Considerations in treatment integrity: Implications and recommendations for PTSD research. J Trauma Stress. 2007;20(5):793-805.

75 Heusdens WT, Bakker A, Baartman LKJ, De Bruijn E. Contextualising vocational knowledge: A theoretical framework and illustrations from culinary education. Vocat Learn. 2016;9(2):151-65.

76 Weisz JR, Kuppens S, Ng MY, Vaughn-Coaxum RA, Ugueto AM, Eckshtain D, et al. Are psychotherapies for young people growing stronger? Tracking trends over time for youth anxiety, depression, attention-deficit/hyperactivity disorder, and conduct problems. Perspect Psychol Sci. 2019;14(2):216-37.

77 Boendermaker L, Distelbrink M, Goor R van, Pels T. Werken in wijkteams jeugd. 2021;

78 Bartelink C. Wat werkt? Oplossingsgerichte therapie. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (NJi); 2013.

79 de Jong P, Kim Berg I. De kracht van oplossingen. Handboek oplossingsgericht werken. Peason; 2015.

80 Boendermaker L, Boomkens C, Boering T. Basismethodieken en interventies in de Amsterdamse jeugdzorg. Invoering en borging in de praktijk. Amsterdam: Hogeschool van Amsterdam; 2013.
81 Ruitenberg I. Borging van oplossingsgericht werken binnen MOC 't Kabouterhuis. 2015.
82 Leijten P, Weisz JR, Gardner F. Research strategies to discern active psychological therapy components: A scoping review. Clin Psychol Sci. 2021;9(3):307-22.
83 Schoenwald SK. Chapter: From policy pinball to purposeful partnership: The policy contexts of multisystemic therapy transport and dissemination. Weisz JR [Ed], Kazdin AE [Ed], editors. 2010;538-53.
84 Visscher L, Evenboer KE, Jansen DEMC, Scholte RHJ, Knot-Dickscheit J, Veerman JW, et al. Identifying practice and program elements of interventions for families with multiple problems: The development of a taxonomy. Child Youth Serv Rev. 2018;95:64-70.
85 Altra. School2Care Reflectie op coachgesprekken. School2Care/Altra Jeugdhulp en Speciaal Onderwijs; 2016.
86 Spirit. Reflectie op hulpverleningsgesprekken. Spirit Jeugd en Opvoedhulp/Hogeschool van Amsterdam; 2016.
87 Boendermaker L, Landman E. Video Feedback to Enhance Fidelity in Practice-Based Interventions for Young People, a Small- n Study. 2022.
88 Knorth EJ. Wat maakt het verschil? Over intensieve orthopedagogische zorg voor jeugdigen met probleemgedrag. Groningen: inaugurele rede / Rijksuniversiteit Groningen; 2005.
89 Boendermaker L, Van Rooijen K, Berg T, Bartelink C. Residentiele jeugdzorg: wat werkt? 2013.
90 Busschers I, Boendermaker L, Dinkgreve M. Validation and operationalization of intensive family case management. Child Adolesc Soc Work J. 2016;33(1):69-78.
91 Samson commissie. Omringd door zorg, toch niet veilig. Seksueel misbruik van door de overheid uit huis geplaatste kinderen 1945 tot heden. Amsterdam: Boom; 2012.
92 Kaufman K, Erooga M. Risk profiles for institutional child sexual abuse. A literature review. Sydney; 2017.
93 Boendermaker L, Boomkens C, Rumping R. Praktijkondersteuning voor jeugdzorgprofessionals ter voorkoming van seksueel geweld. Vooraanmelding Raak Pro. 2021. p. 1-19.
94 Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen. Bouwen aan Bescherming. 2022.
95 Fixen DL, Blase KA, Van Dyke MK. Implementation, Practice & Science. Chapel Hill, N.C.: Active Implementation Research Network; 2019.
96 Metz A, Burke K, Albers B, Louison L, Bartley L. A Practice Guide to Supporting Implementation. 2020;(December).
97 Grol R, Wensing M. Implementation of Change in Healthcare. A complex problem. In: Wensing M, Grol R, Grimshaw J, editors. Improving patient care The implementation of change in health care. Wiley Blackwell; 2020. p. 3-20.
98 Nilsen P, Birken SA. Handbook on implementation science. Edward Elgar Publishing; 2020.
99 Albers B, Shlonsky A, Mildon R. En Route to Implementation Science 3.0. In: Albers B, Shlonsky A, Mildon R, editors. Implementation Science 30. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 1-38.
100 Grol R, Wensing M. Selection of Strategies for Improving Patient Care. Improv Patient Care Implement Chang Heal Care. 2020;189-206.
101 Nilsen P, Thor J, Bender M, Leeman J, Andersson-Gäre B, Sevdalis N. Bridging the Silos: A Comparative Analysis of Implementation Science and Improvement Science. Front Heal Serv. 2022;1(February).
102 Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. Implement Sci. 2015;10(1):53.
103 Damschroder LJ, Reardon CM, Widerquist MAO, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. Implement Sci. 2022;17(1):1-16.
104 Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Dommelen P van, Buuren S van. Ontwikkeling Meetinstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI). Leiden: TNO; 2012.
105 Greenhalgh T; How to implement evidence-based healthcare. John Wiley & Sons.; 2018.
106 Goense PB, Boendermaker L, van Yperen T. Measuring Treatment Integrity: Use of and Experience with Measurements in Child and Youth Care Organizations. J Behav Heal Serv Res. 2018;45(3):469-88.
107 Albrecht G. PMTO zo uitvoeren dat het effectief is: één hulpmiddel voor opleiding, supervisie en kwaliteitsborging. Duivendrecht; 2008.
108 Roosenboom C. Evaluatie Supervisie HALT-Nederland: De waarde van supervisie erkend en gewaardeerd? 2022.
109 Metz A. Practice Profiles: A Process for Capturing Evidence and Operationalizing Innovations. White Paper. Natl Implement Res Netw. 2016;

110 Verheem EA, Lange AMCMJ., Boendermaker L. Praktijkprofiel Werken in leefgroepen versie 1.0. Hogeschool van Amsterdam; 2023.
111 Boendermaker L, Verheem EA, Otte K. Competenties voor werken in de JeugdzorgPlus: deelrapport 3 van Werken aan de toekomst van JeugdzorgPlus. 2021;
112 Boendermaker L, Mingels M, Walpot M. Reflection instrument. Amsterdam: Safeguarding / Amsterdam University of Applied Sciences; 2018. p. 22.
113 Van der Gaag RS, Walpot MGG, Boendermaker L. Professional competencies for sexuality and relationships education in child and youth social care: a scoping review. (under Rev.
114 Bertram RM., Blase KA., L.; FD. Improving programs and outcomes: Implementation frameworks and organization change. Res Soc Work Pract. 2015;25(4):477-87.
115 Frank HE, Becker-Haimes EM, Kendall PC. Therapist training in evidence-based interventions for mental health: A systematic review of training approaches and outcomes. Clin Psychol Sci Pract. 2020;27(3):20.
116 Van Hummel N., Bastiaanssen I., Eenshuistra R., Duinhof E., Wojakowski I. Implementeren door effectief leren: Een onderzoek naar effectieve trainingsstrategieën voor jeugdzorgprofessionals. Kind Adolesc Prakt (under Rev.
117 Forgatch MS, DeGarmo DS. Sustaining fidelity following the nationwide PMTOTM implementation in Norway. Prev Sci. 2011;12(3):235-46.
118 Goense PB, Boendermaker L, van Yperen T. Support Systems for Treatment Integrity. Res Soc Work Pract. 2016;26(1):69-73.
119 Sigmarsdottir M, Guðmundsdóttir EV. Implementation of Parent Management Training–Oregon Model (PMTO TM) in I celand: Building Sustained Fidelity. Fam Process. 2013;52(2):216-27.
120 Ferguson H. How social workers reflect in action and when and why they don't: The possibilities and limits to reflective practice in social work. Soc Work Educ. 2018;37(4):415-27.
121 Akin BA. Practitioner views on the core functions of coaching in the implementation of an evidence-based intervention in child welfare. Child Youth Serv Rev. 2016;68:159-68.
122 Kretlow AG, Bartholomew CC. Using Coaching to Improve the Fidelity of Evidence-Based Practices: A Review of Studies. Teach Educ Spec Educ. 2010;33(4):279-99.
123 Lyon AR, Wiltsey S, Kerns SEU, Bruns EJ. Developing the Mental Health Workforce: Review and Application of Training Approaches from Multiple Disciplines. 2010.
124 Milne DL. Evidence-based clinical supervision: Principles and practice. John Wiley & Sons; 2009.
125 Carpenter J, Webb CM, Bostock L. The surprisingly weak evidence base for supervision: Findings from a systematic review of research in child welfare practice (2000–2012). Child Youth Serv Rev. 2013;35(11):1843-53.
126 SKJ. Reflectievormen voor jeugd- en gezinsprofessionals. Stichting Kwaliteitsregister Jeugd; 2019.
127 Dorsey S, Kerns SEU, Lucid L, Pullmann MD, Harrison JP, Berliner L, et al. Objective coding of content and techniques in workplace-based supervision of an EBT in public mental health. Implement Sci. 2018;13(1):19.
128 Bearman S, Weisz J, Chorpita B, Hoagwood K, Ward A, Ugueto A, et al. More Practice, Less Preach? The Role of Supervision Processes and Therapist Characteristics in EBP Implementation. Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res. 2013;40(6):518-29.
129 Walunas TL, Ye J, Bannon J, Wang A, Kho AN, Smith JD, et al. Does coaching matter? Examining the impact of specific practice facilitation strategies on implementation of quality improvement interventions in the Healthy Hearts in the Heartland study. Implement Sci. 2021;16(1):1-12.
130 Sheidow AJ, Schoenwald SK, Wagner HR, Allred CA, Burns BJ. Predictors of workforce turnover in a transported treatment program. Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res. 2007;34(1):45-56.
131 Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. Macmillan; 1997.
132 Bray-Clark, N & Bates R. Self-efficacy beliefs and teacher effectiveness: Implications for professional development. Prof Educ. 2003;XXVI(1):13-22.
133 Nouwen N. Evaluatie supervisie Halt Nederland: De invloed op de self-efficacy van Halt-medewerkers. 2022.
134 Goorden O, Stoop M. Kijken door de ogen van het kind. Echt Scheiden. 2019;(1):26-7.
135 Alsem SC, van Dijk A, Verhulp EE, De Castro BO. Using virtual reality to treat aggressive behavior problems in children: A feasibility study. Clin Child Psychol Psychiatry. 2021;26(4):1062-75.
136 Alsem SC. Improve Your Skills with Virtual Reality. Enhancing and Understanding Treatment Effectiveness for Aggressive Behavior Problems in Childre. Unpublished doctoral dissertation Unpublished doctiral dissertation: Utrecht University.; 2022.
137 Beauxis-Aussalet E, Otte K, Boendermaker L. Designing chatbots for training professionals in child and youth social care. Amsterdam University of Applied Sciences (AUAS); 2021.
138 Boendermaker L, Otte K. Technologie en leren op de werkvloer: Verkennende gesprekken over de toepassing van techniek ter ondersteuning van professionals in de jeugdzorg. Hogeschool van Amsterdam, Lectoraat Jeugdzorg; 2021.

139 Boendermaker L, Kemper P. Video-feedback bij Altra: 'dit is leerzaam voor de hele organisatie!' 2018.
140 Boendermaker L, Kemper P. Video-feedback bij Spirit: 'dit is leerzaam voor de hele organisatie!' 2018.
141 Veerman JW, Roosma D, Ooms H. De Kroon op het werk: benutting gegevens op teamniveau. In: Yperen T van, Veerman JW, editors. Zicht op effectiviteit Handboek voor praktijkgestuurd onderzoek in de jeugdzorg. Delft: Eburon; 2008. p. 331-48.
142 Maat A Van De. Kwaliteit en blijvend leren in de jeugdhulp. 2022.
143 Dinkgreve M. NS LIVE CASE SERIES 2017 : Youth Protection Amsterdam Region Every Child Safe Forever. 2017;(November 2017).
144 Borge RH, Egeland KM, Aarons GA, Ehrhart MG, Sklar M, Skar A-MS. "Change Doesn't Happen by Itself": A Thematic Analysis of First-Level Leaders' Experiences Participating in the Leadership and Organizational Change for Implementation (LOCI) Strategy. Adm Policy Ment Heal Ment Heal Serv Res. 2022;1-13.
145 Metz A, Bartley L. Implementation Teams: a stakeholder view of leading and sustaining change. In: Albers B, Shlonsky A, Mildon R, editors. Implementation Science 30. Springer; 2020. p. 199-226.
146 Powell BJ, Waltz TJ, Chinman MJ, Damschroder LJ, Smith JL, Matthieu MM, et al. A refined compilation of implementation strategies: results from the Expert Recommendations for Implementing Change (ERIC) project. Implement Sci. 2015;10(1):1-14.
147 Leeman J, Birken SA, Powell BJ, Rohweder C, Shea CM. Beyond "implementation strategies": classifying the full range of strategies used in implementation science and practice. Implement Sci. 2017;12(1):1-9.
148 Kirchner JE, Smith JL, Powell BJ, Waltz TJ, Proctor EK. Getting a clinical innovation into practice: an introduction to implementation strategies. Psychiatry Res. 2020;283:112467.
149 Cozijnsen AJ, Vrakking WJ. Basisboek integrale veranderkunde. tweede, ge. VMN VAKMEDIANET; 2018.
150 Van Dyke M. Active Implementation Practitioner Practice Profile. 2015;1-9.
151 Ovretveit J, Tortolani P. Competenties for implementation facilitators. 2021.
152 Leeman J, Calancie L, Hartman MA, Escoffery CT, Herrmann AK, Tague LE, et al. What strategies are used to build practitioners' capacity to implement community-based interventions and are they effective?: a systematic review. Implement Sci. 2015;
153 Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci. 2009;4(1):50.
154 Albers B, Mildon R, Lyon AR, Shlonsky A. Implementation frameworks in child, youth and family services–Results from a scoping review. Child Youth Serv Rev. 2017;81:101-16.
155 Moullin JC, Dickson KS, Stadnick NA, Albers B, Nilsen P, Broder-Fingert S, et al. Ten recommendations for using implementation frameworks in research and practice. Implement Sci Commun. 2020;1(1):1-12.
156 Leeman J., Nilsen P. Strategies. In: Nilsen P., Birken S., editors. Handbook on Implementation Science,. Edward Elgar Publishing; 2021. p. 234-58.
157 Ruijters MC. Leren in verandering. Over lerende organisaties, professionele team en goed werk. Vrije Universiteit Amsterdam (inaugurele rede); 2017.
158 van Middelkoop D. Samen goed werken. Pleidooi voor een herwaardering van professionaliteit en vakmanschap. Hogeschool van Amsterdam (lectorale rede); 2022.
159 Van Leeuwen H, Geeraets M. Vakbekwaam redeneren in de jeugdhulp. Boom; 2022.
160 Goense PB. Effective Reflection, developing a reflection tool. Amsterdam: Amsterdam University of Applied Sciences; 2018.
161 Ruitenberg I, Goense PB. Effective Reflection, selecting, training and supporting supervisors. Amsterdam: Amsterdam University of Applied Sciences; 2018.
162 Driessen A, Van Nassau F. Kennisagenda implementatie. 2022.
163 Lyon AR, Comtois K., Kerns SEU, Landes S., Lewis CC. Closing the Science-Practice Gab in Implementation before it Widens. In: Albers B, Shlonsky A, Mildon R, editors. Implementation Science 30. Springer; 2020. p. 295-313.
164 Hilderink A, Niessen I, De Nooijer A, Van Schoubroeck C, Schoonenberg D, Lustermans G, et al. Stelsel in groei. Amsterdam; 2020.
165 Sint M, Smit M, Koenveld van E, Leenders H. Maatregelen financiële beheersbaarheid Jeugdwet. 2021;(april).
166 Meyers DC, Durlak JA, Wandersman A. The Quality Implementation Framework: A Synthesis of Critical Steps in the Implementation Process. Am J Community Psychol. 2012;50(3-4):462-80.
167 Michie S, Atkins L WR. The Behaviour Change Wheel: A Guide to Designing Interventions. London: Silverback Publishing.; 2014.

168 Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G. Intervention Mapping: A Process for Developing Theory and Evidence-Based Health Education Programs. Heal Educ Behav. 1998;25(5):545-63.
169 Fernandez ME, ten Hoor GA, van Lieshout S, Rodriguez SA, Beidas RS, Parcel G, et al. Implementation mapping: Using intervention mapping to develop implementation strategies. Front Public Heal. 2019;7(JUN):1-15.

© April 2023 • Ontwerp en opmaak datbureau.nl • Illustraties schetswinkel.nl