

COLUMN

De schrijver van de 'column' kan een wetenschappelijk expert of een klinisch deskundige zijn, maar kan ook een gedragswetenschapper, een groepsleider, een manager en/of een ouder-begeleider zijn. Wat zij gemeen hebben is hun ervaring met (onderzoek bij) jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking. In deze Onderzoek & Praktijk geven wij het woord aan professor Jan Willem Veerman, bijzonder hoogleraar aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

MEER STURING OP INHOUD NODIG Synergie tussen wetenschappelijk onderzoek en kwaliteitszorg

*Jan Willem Veerman²⁰
Praktikon / Radboud Universiteit Nijmegen*

Kwaliteitszorg

'Doen we het goede, en doen we het goede goed?' Dat is een vraag die men vandaag de dag in alle geledingen en alle sectoren van de jeugdzorg kan horen stellen. Het is een vraag naar kwaliteit. Kwaliteitszorg is de laatste jaren hoog op de agenda van de jeugdzorg komen te staan. In de nieuwe Wet op de jeugdzorg krijgt het expliciet aandacht, door koepelorganisaties in de verschillende sectoren worden programma's voor kwaliteitszorg in gang gezet en in tal van instellingen zijn directies en staffunctionarissen bezig voor de eigen instelling kwaliteitsbeleid te formuleren en te concretiseren. Opvallend is dat het bij deze uitwerking in veel gevallen niet zozeer om de inhoud van de zorg, maar om de context gaat. Onder de inhoud wordt hier de *core business* van de jeugdzorg verstaan: het bieden van bedoelde *interventies* aan een beoogde *doelgroep* met het oog op het bereiken van gewenste *uitkomsten*. Dit is de kern van het primaire proces, daar komt een klant voor naar de zorg. De context is al datgene wat nodig is om dit primaire proces optimaal te laten verlopen. Hiermee worden de organisatorische, personele en materiële randvoorwaarden aangeduid. Het kwaliteitsbeleid gaat tot nog toe vooral over het benoemen en beoordelen van deze randvoorwaarden. De inhoud blijft grotendeels buiten beeld. Dat is ook niet onlogisch. De aandacht voor kwaliteitszorg is van vrij recente datum en is vooral vanuit het management aangestuurd. De tijd is rijp dit perspectief aan te vullen met een inhoudelijk perspectief. Hiermee komt de kwaliteit van het primaire proces centraal te staan. Dat is toch waar het in de jeugdzorg om moet gaan en waarop zij uiteindelijk ook op afgerekend dient te worden.

Wetenschappelijk onderzoek

'Wat werkt bij wie?' Dat is de leidende vraag in wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de jeugdzorg. Bij het zoeken naar antwoorden staat in wetenschappelijk effectonderzoek het uitvoeren van zogeheten *randomized controlled trials* (RCT's) hoog in het vaandel. Hierbij krijgt een experimentele groep de interventie die men op zijn effect wil onderzoeken en krijgt een controlegroep geen interventie, een placebo-interventie of een alternatieve interventie. Idealiter worden cliënten willekeurig toegewezen aan de experimentele of de controlegroep. De interventie zelf behoort helder omschreven te zijn, bij voorkeur vastgelegd in een behandelingsprotocol dat niet alleen de fasering aangeeft,

²⁰ Vanwege De Waarden in Nijmegen bijzonder hoogleraar Speciale Kinder- en Jeugdzorg aan de Radboud Universiteit Nijmegen; tevens hoofd van Praktikon, een organisatie voor onderzoek en ontwikkeling in de jeugdzorg, zie www.praktikon.nl.

maar ook wat er tijdens de verschillende sessies, bezoeken of zittingen dient te gebeuren. Eveneens moet duidelijk zijn voor wie de interventie geschikt is en voor wie niet. In het onderzoek wordt bij beide groepen een voormeting en een nameting verricht. Het effect wordt dan afgelezen aan het verschil tussen de experimentele en controlegroep aan het eind van de interventie. Hoewel dit op zich logisch klinkt, is dit type onderzoek in de praktijk van de jeugdzorg een witte raaf. Het vereist een organisatie en controle die op de praktijkvloer niet haalbaar is. Van alle in de praktijk uitgevoerde interventies - en dat zijn er vele honderden, sommige schattingen komen zelfs op 1500 uit - is misschien één procent via een RCT onderzocht. Dat betekent strikt wetenschappelijk genomen dat we nog niet goed weten *wat* er nu *bij wie* werkt in de praktijk van de jeugdzorg. Er is nog lang geen sprake van de vaak zo vurig gewenste *evidence based practice*.

Opvallend is dat het in dit type onderzoek wel over de inhoud van de zorg gaat, namelijk over het verstrekken van de juiste, geprotocolleerde en theoretisch onderbouwde interventie aan de juiste doelgroep, waarbij wordt nagegaan of de juiste, verwachte effecten ook optreden. De context, de dagelijkse praktijk waarin de interventies moeten worden uitgevoerd, is echter 'buiten haken geplaatst', er is een soort laboratoriumsituatie gecreëerd. Eigenlijk zou wetenschappelijk effectonderzoek precies het gat dat in het kader van kwaliteitszorg nog bestaat moeten kunnen opvullen. Door de gerichtheid op de methode van de RCT en het bedrijven van schone wetenschap is dit echter nog niet gebeurd. Door het onderzoek meer in de modder van de dagelijkse praktijk van de jeugdzorg te laten plaatsvinden worden weliswaar vuile handen gemaakt, maar ontstaan ook kansen meer kennis over effecten van deze zorg te verkrijgen. De haken waarmee de context buiten wordt geplaatst vallen weg, de context wordt deel van de onderzochte interventie.

Naar een synergie

Wil het antwoord op de effectiviteitsvraag het gat in de kwaliteitsvraag vullen dan moet dit antwoord, hoe kan het ook anders, in de dagelijkse praktijk zelf gezocht worden en niet in een kunstmatig ingerichte ruimte. Dat betekent dat onderzoekers de vertrouwde onderzoeksdesigns die het in gecontroleerde settings zo goed doen los moeten durven laten en moeten gaan zoeken naar nieuwe, voor de praktijk van de zorg meer relevante designs, die door een antwoord te geven op de vraag 'wat werkt bij wie' tegelijk ook laten zien of het 'goede goed gedaan wordt'. De kwaliteitsvraag en de effectiviteitsvraag worden dan twee kanten van dezelfde medaille. Kwalitatief goede zorg is effectieve zorg. Onderzoek naar effectiviteit draagt bij aan een verwetenschappelijking van de praktijk. De praktijk wordt transparanter, rationeler gestuurd en uiteindelijk doelmatiger. Inbedding in kwaliteitszorg draagt bij aan een vermaatschappelijking van het onderzoek. Het is op dit snijpunt van verwetenschappelijking en vermaatschappelijking dat de kwaliteitsvraag en de effectiviteitsvraag elkaar ontmoeten. Dit maakt een synergie mogelijk tussen vragenstellers uit praktijk en wetenschap, die vaak met dezelfde zaken bezig zijn maar evenzo vaak in een eigen denkkader blijven ronddraaien. Deze synergie biedt kansen de traditionele kloof tussen beiden te overbruggen en samen een stap verder te komen in het streven naar een inrichting van een transparante en doelmatige jeugdzorg, die uiteindelijk de *best practice* moet opleveren voor hen die dat nodig hebben: in hun ontwikkeling bedreigde kinderen en hun ouders.

Praktijkgestuurd effectonderzoek

De vermaatschappelijking van het onderzoek en de verwetenschappelijking van de praktijk vragen niet zozeer om methodegestuurd onderzoek, waar het uitvoeren van het juiste onderzoeksdesign in een gecontroleerde situatie voorop staat, maar naar praktijkgestuurd effectonderzoek waarin het uitvoeren van de juiste hulp in de dagelijkse praktijk centraal

staat. In praktijkgestuurd onderzoek trekken onderzoekers en behandelingsfunctionarissen gezamenlijk op 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 behandelingsfunctionarissen of instellingen verbeterd en tevens ten opzichte van buitenstaanders gelegitimeerd kan worden. Praktijkgestuurd effectonderzoek (1) sluit aan bij ‘wat er is’, namelijk bij het ontwikkelingsniveau van de te onderzoeken interventies, (2) komt ‘er niet bij’, maar is ingebed in het hulpverlenend handelen en (3) ‘blijft niet liggen’, maar wordt benut, zowel in het primaire proces als op managementniveau.

Er worden bij praktijkgestuurd onderzoek verschillende niveaus van effectiviteit onderscheiden, die in een opklimmende reeks treden op een ladder vormen die van hoog tot laag steeds meer zekerheid over effectiviteit van jeugdzorginterventies laten zien. Bij de eerste twee niveaus gaat het erom een interventie zo goed mogelijk te beschrijven en te onderbouwen. Interventies die aan deze eisen voldoen kunnen potentieel, respectievelijk veelbelovend worden genoemd. Bij hogere niveaus gaat het er dan om daadwerkelijk te laten zien dat interventies ook gewenste uitkomsten bereiken en dat dit ook komt door de inzet van de interventie. Interventies die aan deze eisen voldoen kunnen doeltreffend of werkzaam worden genoemd. Op dat laatste niveau komen we de vertrouwde RCT weer tegen. Nu niet als startpunt van onderzoek, maar als eindpunt van een ontwikkeling waarin interventies zich steeds beter kunnen bewijzen en waarbij de kwaliteit steeds meer gaat blijken. Tabel 1 brengt de effectladder in beeld.²¹

Instellingen en overheden kunnen met behulp van deze ladder overeenkomen welk niveau van effectiviteit het meest gewenst en realistisch is om naar te streven. Dat niveau is geen statisch gegeven. Er kunnen afspraken gemaakt worden om in een aantal jaren van lagere naar hogere niveaus te gaan. Dit geeft richting aan de verdere ontwikkeling van een effectieve jeugdzorgpraktijk in de richting van de zo gewenste *evidence based practice*. Praktijkgestuurd effectonderzoek wordt gezien als een noemer die een veelheid aan onderzoeksopzetten kan omvatten om onderzoek te gaan doen op het niveau van keuze, hiermee kan *practice based evidence* verzameld worden. Door dit soort onderzoek kan de praktijk zich intern verder professionaliseren (het werk wordt er beter van) en zich ook extern beter profileren (het werk kan beter gelegitimeerd worden). Hierin liggen de motieven voor praktijkgestuurd effectonderzoek. Dit zijn niet toevallig dezelfde motieven die ook voor kwaliteitszorg worden genoemd. Het wetenschappelijk verantwoord zoeken naar antwoorden op de effectiviteitsvraag in de praktijk van de jeugdzorg draagt bij aan een maatschappelijk verantwoord beantwoorden van de kwaliteitsvraag.

²¹ Deze effectladder alsook de beschouwing over praktijkgestuurd effectonderzoek is overgenomen uit Veerman, J.W., & Yperen, T.A. van (2006). *Wat is praktijkgestuurd effectonderzoek?* In T.A. van Yperen & J.W. Veerman (red.), *Zicht op effectiviteit. Bronnenboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg* (blz. 7-19). Utrecht/ Nijmegen: NIZW/ Praktikon. Dit bronnenboek is te downloaden van www.jeugdinterventies.nl.

Tabel 1. Niveaus van effectonderzoek

Soort effect	Omschrijving	Soorten onderzoek
4. Werkzaam	Als 1 t/m 3, maar nu is er evidentie dat positieve uitkomsten veroorzaakt worden door de interventie en is er zicht op de werkzame ingrediënten	<ul style="list-style-type: none"> • Experimenteel onderzoek • Herhaalde case studies (N=1 designs)
3. Doeltreffend	Als 1 en 2, maar nu kan empirisch worden aangetoond dat de gestelde doelen zijn bereikt, problemen afgenomen en competenties toegenomen, en cliënten tevreden zijn	<ul style="list-style-type: none"> • Quasi-experimenteel onderzoek • Veranderingstheoretisch onderzoek • Normgerelateerd onderzoek
2. Veelbelovend	Als 1, maar nu is er tevens een acceptabele interventietheorie die duidelijk maakt hoe de problemen van de doelgroep zijn ontstaan waarom de interventie de beoogde uitkomsten zal bereiken	<ul style="list-style-type: none"> • Meta-analyse • Literatuurstudie • Kennisonthlokkend onderzoek
1. Potentieel	De kernelementen van een interventie (doelgroep, interventie, uitkomsten) en de personele, organisatorische en materiële randvoorwaarden zijn duidelijk en begrijpelijk beschreven	<ul style="list-style-type: none"> • Descriptief onderzoek • Observationeel onderzoek • Documentanalyse • Interviews

Van meningen naar metingen

Vraag een willekeurige functionaris in een jeugdzorginstelling of zijn instelling de juiste kinderen en gezinnen binnen de poorten haalt en hij zal zeggen dat dit grosso modo wel zal lukken. Vraag diezelfde functionaris of deze klanten baat hebben gehad bij de geboden hulp en hij zal zeggen dat dit gemiddeld genomen wel het geval zal zijn. Vraag hem ook nog of de klanten tevreden zijn over de geboden hulp en hij zal zeggen dat het uiteraard onmogelijk is iedereen tevreden te stellen, maar dat het merendeel van de klanten dit wel zal zijn. Vraag hem tenslotte waar hij al deze wijsheid vandaan haalt en hij zal zwijgen.

Wetenschappelijk onderbouwde kwaliteitszorg met betrekking tot de inhoud van de zorg maakt dat de gedane uitspraken niet op meningen maar op metingen zijn gebaseerd en dat bovendien aangegeven kan worden hoe men aan die uitspraken komt. Het kan zijn dat achteraf bedacht wordt dat bepaalde aspecten te veel in beeld komen of dat sommige aspecten onderbelicht zijn. Dit kan dan gecorrigeerd worden. Ook kan het voorkomen dat criteria te laag of te hoog liggen of normen te scherp zijn. Ook hier kunnen dan correcties aangebracht worden. Dit geeft het proces van kwaliteitszorg een dynamisch karakter. De wetenschappelijke onderbouwing zorgt voor een inhoudelijk optimaal en een methodisch transparant proces.

Essentieel is dat onderzoekers niet alleen geassocieerd worden met methodegestuurd onderzoek, maar vanuit een praktijkgestuurde visie ook betrokken kunnen zijn bij de ontwikkeling en implementatie van een zorgaanbod. Hiermee wordt de traditionele rol van

de op afstand analyserende en rapporterende onderzoeker uitgebreid met minder traditionele rollen, bijvoorbeeld die van adviseur, sparring partner, coach, workshopleider, etc. Het doel van deze roluitbreiding is een proces van verheldering tot stand te brengen dat leidt tot bewustwording van en reflectie op processen en producten van de zorg, dat als basis voor zinvolle kwaliteitstoetsing dient. Op deze wijze krijgt de vermaatschappelijking van het onderzoek vorm. De uitwerking van dit denkkader vergt een interactie tussen praktijkfunctionarissen en onderzoeksfunctionarissen, waarbij – net zoals bij een goede behandeling – een goede werkrelatie de beste prognose geeft voor succes. Hoe dat succes er concreet uit zal zien is afhankelijk van de inzet van de betrokkenen en van allerlei externe factoren (bijvoorbeeld vanuit het provinciaal beleid). Wel zeker is dat succes impliceert dat zowel de zorgpraktijk als het onderzoek blijvend veranderd zullen zijn en dat die verandering in de beleving van functionarissen op beide terreinen blijkt geeft van kwaliteit.
