

Hoofdstuk 4

De mythologische zoektocht naar voorspelbare resultaten van hulpverlening

(J. Steyaert en S. de Smet)

Inhoudstafel

1.	<i>Inleiding</i>	415
2.	<i>Het belang van twijfel</i>	416
3.	<i>Evidence based practice, de uitgangspunten</i>	417
3.1.	Een triple helix: wetenschap, professionele ervaring en cliëntvoorkeuren	417
3.2.	Effectonderzoek op waarde schatten: een hoger lager ordening	417
3.3.	Evenwicht tussen instrumentalisme en maatwerk	418
3.4.	Casus: de effectiviteit van wandeltochten voor risicjongeren	419
4.	<i>Evidence based practice en sociaal werk: tussen droom en daad</i>	420
5.	<i>Niets is zomaar evident – de noodzaak van een goede implementatieaanpak</i>	422
5.1.	De invloed van de implementatiefase – eerst leren stappen, en dan kan je lopen	422
5.2.	Wat je samen doet, doe je beter	423
5.3.	Kennisdeling – Loslaten of beschermend koesteren	423
5.4.	Databanken als grootwarenhuizen van professionele kennis	424
6.	<i>Bouwen aan een Ponte Vecchio – de intrede van de academische werkplaatsen</i>	424
7.	<i>Besluit</i>	425
8.	<i>Verwijzingen</i>	425

1. Inleiding

De nieuwsmedia hebben er de laatste paar jaar een nieuwe trend bijgekregen, die van 'fact checking'. Je zou denken dat journalisten er altijd al wel een erezaak van maakten om de informatie die ze verzamelen en doorgeven op juistheid en volledigheid te checken, maar tegenwoordig maken ze daar expliciet een aparte rubriek van. Het is wellicht begonnen met de reeks Mythbusters op Discovery Channel, waarin Jamie Hyneman en Adam Savage populaire mythes op zo spectaculair mogelijke wijze proberen te bevestigen of ontkrachten. Zoals de mythe dat je papier nooit meer dan 8 keer kan vouwen (niet waar, met een immens groot vel papier kan het wel) of de mythe van het zonnekanon van Archimedes. Die stelde voor met enorme spiegels de zonnewarmte zodanig te focussen dat de aanstormende vloot in brand vloog (niet waar, onmogelijk in praktijk te brengen). Die laatste mythe was hen trouwens aangereikt door president Obama, die het programma bejubelde als innovatieve vorm van wetenschapsjournalistiek.

Ook de geschreven pers nam deze vorm van 'fact checking' over. De NY Times maakte er een rubriek van, NRC Handelsblad deed het, en in Vlaanderen ook het weekblad Knack. En zo konden we te weten komen wat er waar is van de uitspraken dat meer dan 90% van de paswoorden binnenkort in seconden gekraakt kan worden (grotendeels waar), of dat tomatenketchup beschermt tegen hartaandoeningen (grotendeels onwaar).

Dergelijke programma's en rubrieken in de nieuwsmedia blijven evenwel een hoog gehalte van 'spielerei' hebben, ze zijn er meer voor de aardigheid dan dat ze nu echt een stevig debat veroorzaken. Anders ligt dat wanneer het over vergelijkbare 'fact checking' in de gezondheidszorg gaat. Dat bleek begin 2013 nog maar eens als de discussie oplaait rondom de waarde van alternatieve vormen van geneeskunde (zoals homeopathie, acupunctuur, chiropraxie en osteopathie). De wet Colla uit 1999 wilde deze benaderingen een erkenning bezorgen om zo professionals van kwakzalvers te onderscheiden. Beroepsverenigingen vormen (een van de voorwaarden voor erkenning) lukte nog wel, maar een gecertificeerde opleiding bleek lastiger. De Vlaamse universiteiten willen gewoon geen opleidingen in de alternatieve geneeskunde oprichten, wegens gebrek aan aantoonbare effectiviteit, en dus twijfel bij de wetenschappelijke onderbouwing.

Het verschijnsel 'fact checking' in de media en de discussies over alternatieve geneeskunde kunnen symbool staan voor de steeds verdere rationalisering van onze samenleving, de voortschrijdende verwetenschappelijking van onze leefwereld. Die ontwikkeling is in de 17^{de} eeuw gestart met het werk van Francis Bacon en vormt sindsdien een van de steunpilaren van de modernisering (van den Brink, 2007). Het was de socioloog Max Weber die het proces omschreef als een onttovering van de wereld, het wegdeemsteren van magie en religie en een opkomst van een technisch rationalisme. We luisteren steeds minder naar gezagsargumenten (omdat een minister of de notabele van het dorp of 'onze va' het zegt), naar religieuze argumenten (omdat het zo in de bijbel staat) of naar gewoonteargumenten (het was altijd zo, dus ...). In de plaats daarvan laten we de empirische werkelijkheid uitspraken doen over hoe het er werkelijk aan toe gaat. Een anekdote maakt dit concreet: op een *tea party* in Cambridge omstreeks 1920 ontstond een discussie tussen een dame die beweerde dat thee anders smaakte als eerst de melk werd ingeschonken en dan pas de thee, in plaats van andersom. De aanwezige wetenschappers konden niet inzien waarom dat een verschil zou maken, en geloofden de dame niet. De discussie die volgde werd doorbroken door Ronald Fisher, die voorstelde een experiment te ontwikkelen dat zou aantonen of het verschil in smaak inderdaad waarneembaar was (Salsburg, 2001). De empirie moest waarheid spreken, en de dame kreeg geblinddoekt een aantal kopjes thee voorgeschoteld met de vraag om welke volgorde van melk/thee het ging.

Kern van dit rationaliseringsproces en dit voorbeeld is dat intuïtie en toewijding prima zijn, maar geen voldoende voorwaarden voor waarheid. Je mag nog zo hard geloven in een bepaald standpunt, of dat een bepaalde aanpak in gezondheidszorg of methodiek¹ in sociaal werk mooie resultaten oplevert en er keihard werk van maken, als objectief onderzoek de effecten niet bevestigt, wordt dat geloof en hard werken snel triviaal en meewarig bekeken.

Ook de sociale sector krijgt te maken met deze ontwikkeling en wordt met grote regelmaat aangesproken op haar effectiviteit en op de wetenschappelijke onderbouwing van haar professionele kennis. Kunnen we aantonen dat wat sociaal werkers doen, ook echt helpt?

2. Het belang van twijfel

Vergissen is menselijk. En als het ons overkomt, willen we dat liever niet al te snel of al te expliciet toegeven. Je vergissen krijgt immers snel de ondertoon van falen, van niet doordacht genoeg handelen. Dat is echter een vreemde en uiterst vervelend menselijke karaktertrek omdat we daarom de neiging om te twijfelen wegdrücken. Liever stug doorgaan dan twijfelen aan bereikte resultaten. En helaas zijn er in de geschiedenis te veel voorbeelden te vinden van situaties waarin het beter had geweest wel te twijfelen en snel te (h)erkennen dat er gefaald was. We hoeven slechts te verwijzen naar het overvloedig gebruik van het pesticide DDT in de jaren vijftig van de vorige eeuw en het gebruik van het medicijn softenon in diezelfde periode. Met de beste bedoelingen bedacht en uitgewerkt, met de beste bedoelingen toegepast, maar met nefaste gevolgen. Helaas duurde het door hardnekkig geloof in de effectiviteit (en wellicht ook commerciële belangen) te lang voor de negatieve effecten herkend en erkend werden.

De sociale sector heeft geen vrijstelling van vergissingen, en soms heeft hulpverlening net als DDT of softenon te lang te negatieve effecten (Barlow, 2010). Zonder enige twijfel wordt de overgrote meerderheid van methodieken weloverwogen ingezet, vanuit het belang van de cliënt gekozen en met de nodige passie en professionaliteit uitgevoerd. Dat zijn noodzakelijke, maar helaas geen voldoende kenmerken van een geslaagde hulpverlening. Om echt tot een geslaagde hulpverlening te komen, moeten er ook gewenste resultaten bereikt worden. Natuurlijk zijn die resultaten regelmatig afhankelijk van de specifieke situatie, zoals een sterk gemotiveerde cliënt of een warme relatie tussen cliënt en hulpverlening. Maar ook de gehanteerde methodiek bepaalt dat resultaat. Daarom is het nuttig om de effecten van specifieke methodieken bij specifieke doelgroepen te onderzoeken en die informatie te gebruiken bij het opmaken van een behandel- of begeleidingsplan.

Een voorbeeld kan dit verduidelijken. Wanneer een cliënt na een traumatische ervaring (verkrachting, gewelddadige diefstal, ...) in contact komt met hulpverlening, bijvoorbeeld via het onthaal van een centrum algemeen welzijnswerk of via politie/huisarts en slachtofferhulp, is er intuïtief de neiging de cliënt zijn of haar verhaal te laten vertellen, het zogenaamde 'critical incidence stress debriefing': wat is er gebeurd, hoe ga je daar mee om, ...? En dit alles om de cliënt nu te helpen en te vermijden dat hij op wat langere termijn te maken krijgt met een posttraumatisch stress stoornis (PTSS). Zo zouden we het ook aanpakken als een vriend na eenzelfde traumatische ervaring langskomt op zoek naar steun en troost. Uit onderzoek naar de effecten van deze manier van hulpverlening blijkt echter dat de resultaten tegenvallen. Zowel hulpverleners als cliënten zijn er best tevreden mee (subjectieve beleving), maar het risico op PTSS blijkt eerder toe- dan af te nemen en de cliënt lijkt zich af te sluiten voor hulp uit zijn eigen sociale netwerk

1 Of voor beschrijving van het handelen van sociaal werkers beter gesproken wordt over methodieken of over sociale interventies is aanleiding tot veel discussies. Bovendien verschilt de voorkeur tussen Vlaanderen en Nederland. We houden het hier bij methodiek als begrip.

(objectieve effecten) (Vandewalle & de Groof, 2011). Hulpverleners nemen het blijkbaar te snel over. Ze kunnen zich beter beperken tot het geven van feitelijke informatie en ‘watchful waiting’ waarbij alert gereageerd wordt in die situaties waar er inderdaad verwerkingsproblemen zichtbaar worden (de Groof & Blow, 2013).

Het is een *deontologische plicht* voor de sociale sector om te twijfelen aan de effectiviteit van haar hulpverlening en die twijfel in te zetten om de professionele kennisbasis te versterken. Dat is niet alleen een logische plicht ten aanzien van de samenleving die via belastingen/subsidies voorziet in de werkingsmiddelen van de sociale sector, noch alleen een kwestie van professionele eer om methodieken steeds verder te verbeteren. Het is vooral een deontologische plicht ten aanzien van de cliënt die recht heeft op de best denkbare hulpverlening.

3. Evidence based practice, de uitgangspunten

Oproepen tot twijfelen in eigen professioneel handelen is mooi, maar mag natuurlijk geen aanleiding zijn tot inertie. Hulpverlening moet er niet door onmogelijk worden, maar er juist energie uit halen. In de geneeskunde is dit vorm gegeven in de evidence based practice-benadering, en na behaalde successen is deze benadering geëxporteerd naar andere beroepen. Dat roept soms nogal emotionele kritiek op, meestal omdat uitgegaan wordt van een smalle omschrijving van evidence based practice. Om dat te vermijden, starten we met een brede omschrijving.

3.1. Een triple helix: wetenschap, professionele ervaring en cliëntvoorkeuren

Critici van evidence based practice hebben er meestal moeite mee dat professioneel handelen een soort kookboek-handelen zou worden: het juiste recept zoeken, luisteren naar wat de wetenschap te melden heeft en dat braaf toepassen. Zo wordt een mythe geconstrueerd waarin evidence based practice zou betekenen dat alleen wetenschap het voor het zeggen heeft en het oordeel van professional en cliënt er niet meer toe doet. Dat is echter nooit de bedoeling geweest van de evidence based practice-benadering. David Sackett, een van de grote drijvende krachten achter deze benadering, omschreef het zelf veel meer als een samenspel van professionele ervaring en beschikbare kennis: ‘Good doctors use both individual clinical expertise and the best available external evidence, and neither alone is enough. Without clinical expertise, practice risks becoming tyrannised by evidence, for even excellent external evidence may be inapplicable to or inappropriate for an individual patient. Without current best evidence, practice risks becoming rapidly out of date, to the detriment of patients’ (Sackett *et al.*, 1996, p. 71). Later zijn daar de preferenties en waarden van patiënten/cliënten als derde element aan toegevoegd. En zo ontstaat een triple helix in de besluitvorming rondom hulpverlening: de wetenschap praat mee via resultaten van effectonderzoeken en richtlijnen over goed handelen, de professional praat mee vanuit zijn ervaring en de cliënt praat mee vanuit zijn of haar voorkeuren. Samen vormen het bouwstenen voor de beslissing welke methodiek in te zetten. De rol van de wetenschap is vooral het verhogen van de voorspelbaarheid van de effecten van een bepaalde methodiek in specifieke situaties: wat zijn de te verwachten effecten en hoe zeker kunnen we daar van zijn?

3.2. Effectonderzoek op waarde schatten: een hoger lager ordening

Effectonderzoek is dus een van de bronnen die in de evidence based practice-benadering mee bepaalt welke methodiek toegepast wordt. Maar er is zo veel onderzoek beschik-

baar, en veel onderzoek spreekt elkaar tegen. Welk onderzoek moet je dan het meest inspireren?

Daarover heeft de evidence based practice-benadering een heldere uitspraak. Effectonderzoek laat zich rangschikken op een continuüm van laag (weinig betrouwbaar) naar hoog (zeer betrouwbaar). Van dat continuüm zijn een paar varianten in omloop, telkens met een gemeenschappelijke kern. Op het laagste niveau staan meestal² de beschrijvende, haast anekdotische rapportages over een bepaalde vorm van hulpverlening. Dikwijls zijn ze gemaakt in het kader van een eerste eigen reflectie op de effecten en/of als verantwoording voor een subsidiegever. Dat is prima, maar kan ook erg subjectief (en partijdig, bv. om opnieuw subsidies te verwerven!) zijn. Dikwijls zijn er ook sterke banden tussen uitvoerder van de onderzochte methodiek en de onderzoekers (voorbeelden zijn Triple P of Eigen Kracht Conferenties). Daarom wordt meer geloof gehecht aan een wat strengere vorm van onderzoek, waar niet alleen onafhankelijke onderzoekers in beeld zijn maar beschrijvingen aangevuld worden met correlaties tussen bepaalde vormen van hulpverlening en behaalde resultaten. Nog geloofwaardiger wordt het met een experimentele opzet, de zogenaamde ‘randomized controlled trial’ of RCT. Daarbij krijgt een willekeurig deel van de cliënten/patiënten de te onderzoeken vorm van hulpverlening, en een ander deel krijgt een placebo of ‘treatment as usual’. Ideaal als noch de hulpverleners noch de cliënten/patiënten weten in welke groep men valt. Dergelijk onderzoeksopzet is om praktische en ethische redenen niet altijd te realiseren, maar levert wel overtuigende argumenten. In situaties waarin RCT’s wel mogelijk zijn en er meerdere uitgevoerd werden, ontstaat stapeling van resultaten. Die worden dan samengebracht in een zogenaamde meta-analyse of ‘systematic review’, de hoogste vorm van geloofwaardig effectonderzoek (zie bv. Lundahl *et al.*, 2010).

Een veel voorkomend misverstand over dit continuüm is dat er zwaar kwantitatief onderzoek nodig is om gewaardeerd te kunnen worden. Zonder een stevige dosis statistiek zouden er weinig onderbouwde uitspraken mogelijk zijn. Dat is echter een misverstand. Binnen evidence based practice is het vooral de strengheid van de ‘onderzoeksdesign’ die bepaalt hoeveel geloofwaardigheid gehecht wordt aan de resultaten, en niet zozeer de hoeveelheid gebruikte statistiek.

3.3. Evenwicht tussen instrumentalisme en maatwerk

Wie zich dag in dag inzet voor het welzijn van mensen die zorg of ondersteuning nodig hebben, doet dat in volle overtuiging en met de allerbeste bedoelingen. Maar goede bedoelingen blijken jammer genoeg niet altijd het verwachte resultaat in te lossen. Onderzoek van Lambert bevestigt dat ook (2010). Terwijl jeugdhulpverleners observeren dat ze positieve vooruitgang boeken met een jongere, blijkt dat bij 14% tot 25% van de jongeren niet zo te zijn. Ondanks de goede bedoelingen verergert de problematiek bij deze jongeren zelfs nog. En dat noopt er ons toe om in het belang van onze cliënten, waaraan we kwalitatieve hulp verschuldigd zijn, te kiezen voor een gefundeerde instrumentele aanpak. Dat kan op twee manieren.

In de eerste plaats moeten we in het bieden van hulpverlening maximaal kiezen voor methodieken waarvan objectief gebleken is dat ze succesvol zijn in het bereiken van doelen. Hier komen de evidence based methodieken in het vizier. Denk aan methodieken zoals Triple P, Youth at Risk, Mindfulness, Signs of Safety, enz.

Dat zo’n methodieken de status van evidence based hebben verworven, betekent evenwel nog niet dat je ze als hulpverlener blindelings kan of mag vertrouwen. Doordacht en kritisch gebruik van evidence based methodieken is een must. En daarvoor zijn dan weer

2 In eerder werk hebben we zelf het continuüm uitgebreid met een nog lager niveau, een ‘reclame’-niveau. Zie STEYAERT *et al.*, 2010 p. 61.

monitoringsinstrumenten broodnodig. Instrumenten waarmee hulpverleners op een objectieve manier kunnen nagaan of ze, mede dankzij de tussenkomst van een methodiek, wel de vooruitgang maken die ze verwachten en hopen te maken. Zo niet, dan bieden zo'n monitoringsinstrumenten alvast een eerste reeks aanwijzingen om in het belang van de cliënt het hulpverleningstraject bij te sturen.

Als reactie op deze trend lanceren Paul Verhaeghe en Herman de Dijn in een interview door Oikonde de term 'instrumenten', een term die verbeeldt dat de evidence based-beweging hulpverleners zou herleiden tot instrumenten (Verhaeghe & de Dijn, 2012). Want de beleidskeuze om de voorkeur te geven aan het gebruik van evidence based methodieken zou betekenen dat het vertrouwen in de professionaliteit van de hulpverlener verloren is gegaan. Maar ook spreken zij van instrumenten, omdat er met de intrede van evidence based methodieken geen ruimte meer zou blijven voor de individuele expertise en ervaring van elke hulpverlener. Het sluitstuk van de redenering van Verhaeghe en De Dijn is dat hulpverlening op maat van de noden, kenmerken en vragen van de cliënt niet langer mogelijk is. Daarmee creëren ze een duidelijke spanning tussen aan de ene kant de keuze voor het werken met instrumenten die goede garanties bieden voor kwaliteitsvolle hulpverlening, en aan de andere kant hulpverlening op maat.

Toch hoeft deze tweestrijd niet gevoerd te worden. Want tijdens elk hulpverlenend traject zijn er zeker wel mogelijkheden tot maatwerk op basis van de inbreng van de cliëntvoorkeur en de eigen professionele ervaring en expertise. Het verhelderen en in kaart brengen van de hulpverleningsnoden en voorkeuren van een cliënt is bij uitstek al een hoogst individueel proces. Vervolgens vraagt het heel wat deskundigheid om een zo passend mogelijke match te maken tussen de uitgeklaarde noden en kenmerken van de cliënt en het hulpverlenend aanbod dat daar het best op inspeelt. In het maken van die match speelt de inbreng van de cliënt en de eigen ervaring en expertise van de professional mee, maar raden we ook aan de resultaten van effectonderzoek niet zomaar opzij te schuiven. Naarmate effectonderzoek sterke en concrete uitspraken doet – hetzij van positieve dan wel negatieve resultaten – moeten hulpverleners zich daardoor laten leiden.

3.4. Casus: de effectiviteit van wandeltochten voor risicojongeren

Onderzoek naar wat werkt in de hulpverlening moet een meerwaarde bieden aan al diegenen die direct betrokken zijn bij die hulpverlening. Een hulpverlener uit de bijzondere jeugdzorg liet zich er vertrouwelijk als volgt over uit: 'effectonderzoek moet iets duurzaam bieden, iets dat niet in dovemans oren valt, dat energie geeft, dat stimuleert en zin geeft, dat vooruit helpt en dat de hulpverlening beter maakt'. In het verleden hebben we die brede invulling van meerwaarde wellicht te weinig nagestreefd. Een leerrijk voorbeeld is het onderzoek naar de effecten van de time-out-projecten in de bijzondere jeugdzorg. In dat effectonderzoek van Ferwerda en haar collega's (2009) werd vooral gekeken naar de impact van zogenaamde onthemende of time-out-projecten (zoals wandeltochten) op gedrag en problematische persoonlijkheidskenmerken. De impact daarop bleek onvoldoende. Waarop in mei 2012 onder andere werd beslist om de subsidies van de organisaties die dergelijke wandeltochten organiseerden, terug te schroeven. Daarop ontstond een stroom aan verontwaardigde reacties. Men reageerde dat de wetenschappelijke bril op effectiviteit was voorbijgegaan aan de uitkomsten die wél voelbaar waren door jongeren, ouders en hulpverleners. De Aguirre en Vermeulen (2012) werpen een licht op die voelbare en voor jongeren veel betekende effecten, uitgedrukt in andere dan de traditionele effectindicatoren: 'Die tocht was het begin van mijn leven. Voordien had ik geen leven', 'Je houdt daar bepaalde waarden aan over, ook al is dat bijna dertig jaar geleden', 'Die tocht is het positieve

fundament van mijn evolutie’, en ‘De vrouw die je nu ziet is hoofdzakelijk daar gemaakt. De wording van wie ik ben, is toen begonnen’.

Effectonderzoek realiseren waarin alle betrokkenen zich kunnen terugvinden, vraagt dus een brede blik op wat werkzaamheid betekent. Dat veronderstelt tegelijk dat al diegenen die betrokken zijn bij een methodiek op een participatieve manier betrokken moeten worden zodat de belangen van alle betrokkenen – beleid, management van voorzieningen, hulpverleners en cliënten – op een veelzijdige manier belicht kunnen worden in een effectonderzoek. Effectonderzoek wordt op die manier een co-productie, die nog verder moet gaan dan enkel meebeslissen over de keuze van effectindicatoren. Participatief onderzoek kan ook betekenen dat alle betrokkenen samen gaan zitten en samen beslissen over de onderzoeksvragen, het onderzoeksproces, de onderzoeksinstrumenten en -output.

Dergelijke co-productie heeft veel voordelen, maar niet het voordeel van de vrijblijvendheid. Als effectonderzoek aantoont dat een methodiek niet of slecht de verhoopte resultaten oplevert, blijven de consequenties overeind: ophouden met de methodiek of ze grondig hervormen en opnieuw testen.

Het integreren van de participatieve basishouding in wetenschappelijk effectonderzoek creëert zonder twijfel de meerwaarde die elke betrokkene zoekt. Maar de meerwaarde van participatief onderzoek reikt zelfs nog verder. Want participatie van de doelgroep aan de totstandkoming van effectonderzoek komt de kwaliteit en het verloop van het onderzoek eveneens ten goede. Omdat je als onderzoeker, dankzij de ervaringsinbreng van onder andere de doelgroep, kan anticiperen op factoren en omstandigheden die je niet incalculeerde maar die wel een nadelige impact kunnen hebben op het onderzoeksproces en -output. Denk maar aan inherente gevoeligheden, regels of kenmerken van de onderzoeksdoelgroep en haar context. Dankzij de participatie van je onderzoeksdoelgroep kan je als onderzoeker zoveel mogelijk inspelen op deze beïnvloedende onderzoeksfactoren. En creëer je meer kansen op een renderend onderzoeksproces.

4. Evidence based practice en sociaal werk: tussen droom en daad

Klinkt als een gezond uitgangspunt, je professioneel handelen mee laten inspireren door de resultaten van effectonderzoek, door evidence based practice. En in de gezondheidszorg heeft het ontegensprekelijk geweldige resultaten mogelijk gemaakt. Doorvertaling van evidence based practice naar sociaal werk is daarom een logische stap. Maar is die ook zo eenvoudig te maken? Want wat wenselijk is, is nog niet meteen haalbaar. Bij nader inzicht blijkt sociaal werk een aantal kenmerken te hebben die voor de nodige complexiteit zorgen. We noemen de belangrijkste.

In eerste instantie is er de vraag of specifieke methodieken eigenlijk wel het werkzame ingrediënt vormen van sociaal werk. Die discussie staat bekend als het dodo-vraagstuk. Daarmee wordt verwezen naar de dodo-vogel in *Alice in Wonderland*, die een loopwedstrijd organiseert en op het einde daarvan uitroept: ‘Everybody has won, and all shall have prizes’. Die uitspraak gebruikte Rosenzweig (1936) om zijn onderzoek naar verschil in effectiviteit van verschillende psychotherapeutische hulpverleningsvormen samen te vatten. Het bleek immers dat het eigenlijk niet zo veel uitmaakt welke specifieke therapievorm gebruikt wordt, ze halen allemaal ongeveer eenzelfde effect, ze winnen allemaal! De verklaring daarvoor is dat het werkzame ingrediënt van hulpverlening niet zit in een specifieke therapie, maar in algemene kenmerken of generieke factoren. Nog steeds speelt dit debat (zie onder meer de Vries, 2007; van Yperen *et al.*, 2010).

Een tweede complexiteit om evidence based practice in sociaal werk toe te passen is de meervoudigheid van effectbeleving. Zo is er de vraag wiens beleving van het effect bepalend is. Dat is in de sociale sector geen eenvoudige vraag. In de gezondheidszorg zal de beleving van effect bij bv. het terugdringen van kanker behoorlijk op één lijn liggen: patiënt tevreden (ondanks de zware chemo), oncoloog tevreden, zorgverzekering tevreden, samenleving tevreden. Bij sociaal werk is dit minder eenvoudig. Bij een uithuisplaatsing van een kind zal de beleving van het kind (onzekerheid, onduidelijkheid, angst, ...), van de ouders (variërend van frustratie en onmacht tot opluchting omdat werd ingegrepen), van hulpverlener (hadden we het gezin toch niet meer tijd moeten gunnen?), van justitie, van samenleving, ... heel verschillend zijn. Dat maakt het moeilijk om van één effect te spreken. Bovendien speelt hier niet alleen de vraag naar wiens beleving van effect bepalend is, maar ook welk effect. Is dat de tevredenheid over de hulpverlening, de afname van probleemgedrag, de toegenomen zelfredzaamheid, de effecten op korte of juist die op lange termijn?

Met dat effect is trouwens nog meer aan de hand. Het grootste deel van het weinige effectonderzoek dat beschikbaar is, zowel in Vlaanderen als internationaal, doet een uitspraak over wel of geen effect, maar geeft dat effect geen duidelijke grootte mee (LeCroy & Krysiak, 2007). Dat maakt het lastig, zo niet onmogelijk, om methodieken met elkaar te vergelijken op te behalen effecten. Dat is een methodologische zwakte van het huidige effectonderzoek, want er zijn wel degelijk statistische maten beschikbaar, zoals 'Cohens d'.

Voor het zinvol met elkaar vergelijken van methodieken is overigens nog een belangrijk informatie-element grotendeels afwezig: wat kost het om een bepaalde methodiek uit te voeren? Als we in een bepaalde situatie kunnen kiezen uit aanpak A of aanpak B, beiden met te verwachten effecten in dezelfde orde van grootte, dan is het logisch om economisch te werk te gaan en de goedkoopste methodiek uit te voeren. Helaas blijkt dan echter zeer zelden kostprijnsinformatie beschikbaar. En dan wordt vergelijken natuurlijk helemaal onmogelijk.

Ten slotte noemen we een laatste kenmerk van sociaal werk dat toepassing van evidence based practice in deze sector complexer maakt dan in andere sectoren: de therapietrouw of 'treatment integrity'. Het zet immers weinig zoden aan de dijk als methodiek X, Y of Z uitvoerig onderzocht wordt en effectief bevonden wordt, als nadien hulpverleners hun handelen wel benoemen als methodiek X, Y of Z maar ze nauwelijks de richtlijnen van de methodiek volgen. Er lijkt in sociaal werk onder invloed van het specifieke van elke situatie en de inzichten van professionals weinig belang gehecht te worden aan therapietrouw. Zo bleek enkele jaren terug in Nederland dat een 'achter de voordeur' outreachende methodiek wel heel erg populair werd, maar dat er weinig gemeenschappelijks was in manier van handelen bij al wie claimde met deze methodiek te werken (Boel, 2011). Die ruime bandbreedte in toepassing van methodieken moest Joel Fischer al observeren toen hij in de jaren zeventig het effect van social casework wilde onderzoeken. Daarvoor moest natuurlijk eerst social casework omschreven worden, en dat bleek problematisch. Fischer koos voor een pragmatische oplossing: 'In a most general sense, then, casework could be defined – at least for the purpose of reviewing studies that evaluate casework – as the services of professional caseworkers' (Fischer, 1973). Omdat de uitvoeringspraktijk te divers is, omschrijven we de methodiek als dat wat opgeleide hulpverleners er mee doen. Toch wel een enigszins vreemde situatie, waarin methodieken boterzachte richtlijnen worden. Vandaag zien we helaas geen andere situatie. En dat geldt zowel voor concrete methodieken als voor meer algemene uitgangspunten. Velen in de sector hebben de mond vol van grote principes als empowerment, presentie of mindfulness, maar de concrete vertaling hiervan in de dagelijkse praktijk kent een dermate grote diversiteit dat de principes snel een vlag worden die alle ladingen kan dekken.

5. Niets is zomaar evident – de noodzaak van een goede implementatieaanpak

Van evidence based methodieken wordt heel wat verwacht. Evidence based betekent immers dat onderzoek heeft aangetoond dat zo'n methodiek bij het doelpubliek de verwachte doelstellingen inlost. De formule lijkt dan eenvoudig. We gaan in het buitenland of in ons eigen Vlaanderen op zoek naar zo'n evidence based methodieken en moedigen de brede ingebruikname ervan aan. De positieve uitkomsten volgen dan als vanzelf. Maar wie zo'n verwachtingen koestert, komt bedrogen uit. Want er is veel meer nodig opdat een evidence based methodiek ook in de praktijk zijn beloofde rendement inlost.

Het beloofde succes van evidence based methodieken staat of valt volgens onderzoek van Fixsen en collega's (2005) met een minstens even werkzame en doordachte implementatieaanpak. Heel specifiek zijn er drie factoren waaraan men veel zorg moet besteden wanneer men een evidence based methodiek in gebruik neemt: drivers, de fase van implementatie en de begeleiding bij de ingebruikname.

5.1. De invloed van de implementatiefase – eerst leren stappen, en dan kan je lopen

We beginnen bij de fasen van implementatie. Fixsen *et al.* onderscheiden 4 fasen van ingebruikname: exploratie, installatie, initiële implementatie en volledige implementatie (2005).

In de exploratiefase moet een voorziening nog nagaan of de evidence based methodiek wel aansluit bij de eigen context en setting van de voorziening, en welke barrières eventueel moeten worden opgelost om de methodiek in gebruik te nemen. In functie daarvan moet men nog een hele reeks beslissingen nemen.

In de installatiefase staat men al een stap verder. De keuze voor ingebruikname van een evidence based methodiek in de eigen voorziening is genomen. Maar een reeks acties om de ingebruikname van die methodiek te ondersteunen, moeten nog worden uitgewerkt. De nodige structurele en instrumentele veranderingen om de ingebruikname van een methodiek mogelijk te maken, zijn gestart.

In de initiële implementatiefase is het zover: de evidence based methodiek wordt gebruikt. Maar het gebruik van de methodiek kenmerkt zich nog als een zoekproces. Er doen zich bij elke eerste ingebruikname problemen voor, waarvoor oplossingen moeten worden gezocht. Deze fase kenmerkt zich door een continu proces van verbeteringen.

In de laatste fase, de volledige implementatie, liggen deze kinderziekten achter zich. De evidence based methodiek is op een vaardige manier in gebruik genomen. De instrumentele en structurele veranderingen zijn een evident deel van de dienst geworden.

Een evidence based methodiek heeft volgens onderzoek van Fixsen *et al.* 2 tot 4 jaar nodig om te kunnen doorgroeien van de exploratiefase naar de volledige implementatiefase (2005). Pas in die laatste fase vertoef een evidence based methodiek in de beste condities om zijn potentieel, zijn beloofde effecten, te kunnen tonen. Daaruit kunnen we ook afleiden dat het voeren van betrouwbaar en valide effectonderzoek eigenlijk pas relevant en zinvol is wanneer een methodiek doorgegroeid is naar de volledige implementatiefase.

5.2. Wat je samen doet, doe je beter

Opdat een evidence based methodiek zou kunnen demonstreren wat hij in petto heeft, wordt de ingebruikname ervan daarnaast ook best begeleid door een implementatieteam. Zo'n team loodst de ingebruikname van een evidence based methodiek door alle implementatiefasen. Maar het team speelt ook in op wat Fixsen *et al.* de beïnvloedende drivers noemen (2005). Het team zorgt namelijk voor de nodige coaching, vorming en supervisie van het management en de hulpverleners die met de methodiek aan de slag gaan. In functie van de moeilijkheden die zich voordoen in de context van de eigen voorziening, werkt het implementatieteam met behulp van een verbetercyclus oplossingen en aanpassingen uit die aansluiten bij de eigen behoeften en kenmerken van de voorziening.

Deze begeleiding kan vrij banaal lijken. Maar ze mag niet onderschat worden. Eerder onderzoek van Fixsen en zijn collega's toont aan dat voorzieningen die zich voor de ingebruikname van een evidence based methodiek laten begeleiden door een implementatieteam na drie jaar de beloofde werkzaamheid van de methodiek bereiken (2001). Voorzieningen die op eigen houtje, zonder begeleidend implementatieteam, aan de slag gaan hebben 17 jaar nodig vooraleer de werkzame methodiek maximaal kan tonen wat hij in petto heeft. De investering in een begeleidend implementatieteam is dus de moeite waard en kan zichzelf vrij snel terugverdienen.

5.3. Kennisdeling – Loslaten of beschermend koesteren

Het zou goed zijn als we het (kritisch) gebruik van evidence based methodieken zo breed mogelijk kunnen verspreiden. Nutley en haar collega's geven aan dat we daarvoor drie vormen van kennistransfer kunnen realiseren (Nutley *et al.*, 2009): de kennis die vervat zit in evidence based methodieken effectief verpakken, die evidence based methodieken vervolgens uitwisselen, om tot slot de kennis van die evidence based methodieken te integreren in het hulpverlenend handelen.

Certificering is een instrument om stapsgewijze kennisintegratie volgens het model van Nutley aan te moedigen. Het toekennen van een beschermd certificaat aan een methodiek is een middel om de coherentie en de kwaliteit van een evidence based methodiek te verpakken, te bewaken en te garanderen. De kennisdeling van de methodiek gebeurt vervolgens via een gespecialiseerde opleiding waarvoor cursisten na afloop een certificaat verwerven. Dit certificaat betekent dat een praktijkwerker zich de evidence based methodiek heeft eigen gemaakt en de beloofde kwaliteit die een methodiek in zich heeft kan garanderen in zijn hulpverlenend handelen.

Met het oogpunt op kwaliteitsbewaking is het idee van certificering aanlokkelijk. Daarmee kunnen we onder andere proberen te voorkomen dat evidence based methodieken verwateren, een eigen leven gaan leiden en hun bewezen evidentie verliezen. Certificering heeft ook nog een andere troef. Het is een middel om de expertise die men ontwikkelde enigszins intellectueel te beschermen. Want zonder gecertificeerd gebruik lopen ontwikkelaars van evidence based methodieken het risico dat derden een succesvolle methodiek zonder meer kopiëren en certificeren. En op die manier uit de expertisontwikkeling van anderen munt slaan.

Anderzijds kan certificering de ambitie tot kennisdeling en ingebruikname van evidence based methodieken ook in de weg staan. Want aan het aanleren en het gebruiken van gecertificeerde methodieken is vaak een hoog kostenplaatje verbonden. Met als risico dat de verspreiding van gecertificeerde evidence based methodieken toch niet van de grond geraakt. We zitten hier dus onvermijdelijk met een spanningsveld. Met aan de ene kant de ambitie om de ingebruikname van evidence based methodieken aan te moedigen,

zonder meer. Maar aan de andere kant de vrees dat zonder enige instrumentele of voorwaardengebonden ondersteuning, de kwaliteit van die evidence based methodieken zal teloor gaan. Het is zoeken naar een doordachte aanpak die het beste van beide spanningszijden kan verzoenen.

5.4. Databanken als grootwarenhuizen van professionele kennis

Resultaten van effectonderzoek worden traditioneel gepubliceerd in de vakpers. Onderzoekers beschrijven hun vraagstelling, methodologie en resultaten in artikelen in tijdschriften zoals *British Journal of Social Work*. En hoewel zo resultaten prima beschikbaar komen voor andere onderzoekers, is het een problematisch communicatiemiddel richting werkveld waar al die kennis inspiratie voor zorgvuldig handelen zou moeten vormen. Dat werkveld heeft nauwelijks toegang tot deze vakpers (dure abonnementen!), neemt of krijgt nauwelijks structureel tijd om de vakpers bij te houden en krijgt van verschillende onderzoekers versnipperde informatie. Het is onrealistisch om van individuele professionals of kleine welzijnsorganisaties te verwachten dit informatieaanbod bij te houden, dat proces moet een beroepsgroep collectief opnemen.

In die geest stelde Archie Cochrane in de jaren zeventig voor de gezondheidszorg voor een internationaal gezaghebbend overzicht te maken van beschikbare professionele kennis en die te bundelen, als het ware in 'hapklare brokken'. Zo is de Cochrane Library ontstaan. Later kwam daar de Campbell Collaboration bij voor het domein justitie, onderwijs en sociale uitkeringen. Voor sociaal werk is er (nog?) geen vergelijkbare internationale databank beschikbaar. In Nederland wordt wel hard gewerkt aan een systematisch overzicht van sociale interventies (door MOVISIE) en jeugdzorginterventies (door NJi). Daarin zijn onder meer beschrijvingen te vinden van het 8-fasenmodel in de maatschappelijke opvang, activerend huisbezoek bij ouderen, motiverende gespreksvoering en andere werktuigen uit het instrumentarium van de sociaal werker. Dat is een rijke bron van informatie die ook relevant is voor het Vlaamse sociaal werk, al blijven er opvallende verschillen. Zo is bij NJi niets opgenomen over Youth at Risk wegens te complex en te kostbaar, terwijl dat juist in Vlaanderen een erg populaire methodiek is (Verbist, 2012).

6. Bouwen aan een Ponte Vecchio – de intrede van de academische werkplaatsen

Vroeger spraken we over wetenschappers die in een verre, ivoren toren vertoefden. Dat beeld is nu toch stilaan achterhaald. De laatste jaren heeft dat beeld plaats gemaakt voor het beeld van een brug die twee torens – onderzoek en praktijkveld – verbindt. Zo'n brugverbinding heeft zijn vruchten al afgeworpen; voorzieningen konden dankzij de input van wetenschappelijk onderzoek hun aanbod doorlichten en verbeteren. Maar zo'n samenwerking blijft toch nog letterlijk en figuurlijk afstandelijk. Want een van beide partijen moet de afstand tussen beiden overbruggen. Die afstand zouden we moeten vernauwen. Door nog een ander beeld te installeren (ontleend aan Huw Davies): een brug met daarop allerlei huisjes, waar je gemakkelijk bij elkaar kan binnenlopen. Een brug zoals de Ponte Vecchio in Firenze. De visboeren, de leerlooiers en de goudsmiden van de Ponte Vecchio zouden in dit verhaal plaats kunnen maken voor onderzoek, praktijk, beleid en cliënten, zelfs onderwijs. Dat idee verbeeldt de werking van de academische werkplaatsen.

Aan een academische werkplaats zijn heel wat voordelen verbonden. Het eerste voordeel is de gedeelde gedragenheid van een academische werkplaats. Want alle partners – hulpverleners, onderzoekers en cliënten, zelfs beleid of onderwijs – nemen eraan deel

vanuit eenzelfde missie: kwaliteitsvolle hulpverlening creëren en de kennis (wetenschappelijke en praktijkkennis) uitbreiden. Daarmee kunnen deze partners samen het aanbod in de praktijk naar een hoger niveau tillen.

In een academische werkplaats delen de verschillende partners deze gedeelde missie vanuit een positie van gelijkwaardigheid. Want de expertise van alle betrokken partners is onmisbaar om onderzoeksprojecten met succes in de dagelijkse hulpverleningspraktijk te laten slagen. Zo is de expertise van praktijkwerkers en cliënten nodig om, samen met de onderzoekers, die onderzoeksmethodieken te selecteren die naadloos kunnen gebruikt worden in het dagelijks reilen en zeilen van de hulpverlening.

Er is ook een laatste pluspunt. Met de intrede van de academische werkplaatsen krijgt ook de wetenschappelijke wereld de kans om zich te vermaatschappelijken. Omdat de onderzoekstopics binnen een academische werkplaats aansluiten bij vraagstukken die zich dagelijks voordoen in de hulpverleningsrealiteit. Die maatschappelijke relevantie komt zonder meer de verspreiding en ingebruikname van nieuwe inzichten in de praktijk ten goede. Wat zelfs meer is, dankzij de inbedding in de dagelijkse hulpverleningspraktijk kunnen de resultaten van de academische werkplaats meteen worden teruggekoppeld naar en ingebed worden in de werking van de voorziening.

Maar een academische werkplaats opstarten gaat niet vanzelf. Omdat beleid, praktijk en onderzoek een andere cultuur vertegenwoordigen. Als gevolg daarvan spreken ze vaak een andere taal. Met alle bijbehorende consequenties: ze begrijpen elkaar niet, ze veroordelen elkaar soms, het vlot niet altijd om elkaars positie en visie in te nemen. Dat impliceert dat de verschillende partners elkaar moeten leren kennen en elkaars taal moeten leren spreken. Het opzet van een academische werkplaats biedt daartoe alle kansen. Waardoor meer wederzijds begrip voor elkaar, elkaars positie en werk ontstaat. En waardoor een nieuw elan groeit, waarbij alle partners op structurele basis een nieuwe en gedeelde werkwijze durven aan te nemen.

7. Besluit

Het moge uit het voorgaande duidelijk worden dat evidence based practice in het sociaal werk anno 2013 nog geen feit is, maar slechts een bescheiden ambitie die ook nog eens op de nodige kritiek kan rekenen en waar de nodige vragen over haalbaarheid bij gesteld worden. Het moge echter ook duidelijk zijn dat evidence based practice niet als een status of toestand moet gezien worden, maar als een proces. Het is een stafkaart voor groei van professionele kennis. En die kaart betekent niets als je ze niet gebruikt om er mee te wandelen, om er het sociaal werk verder mee te moderniseren. Gelet op de maatschappelijke ontwikkelingen zijn er gigantische uitdagingen voor het sociaal werk, en evidence based practice is een van de benaderingen die kan helpen die uitdagingen succesvol op te pakken.

8. Verwijzingen

BARLOW, D.H. (2010). 'Negative effects from psychological treatments: a perspective', *American Psychologist*, 65(1), 13-20.

BOOL, M. (2011). 'Onduidelijk, onvoldoende en grote verschillen TSS', *Tijdschrift voor sociale vraagstukken*, 65(3), 16-19.

DE AGUIRRE, P., en VERMEULEN, S. (2012). *Ik dus naar Compostela. Jong geweld op zoek naar een uitweg*. Tielt: Lannoo.

DE GROOF, K., en BLOW, H. (2013). *Eerstelijns hulp vanuit de noden van slachtoffers*. Antwerpen-Berchem: Steunpunt algemeen welzijnswerk.

DE VRIES, S. (2007). *Wat werk? De kern en de kracht van het maatschappelijk werk*. Amsterdam: SWP.

FERWERDA, H., VAN LEIDEN, I. *et al.* (2009). *Back on track? Een evaluatieonderzoek naar de onthemende projecten van de bijzondere jeugdbijstand in Vlaanderen*. Arnhem: Bureau Beke.

FISCHER, J. (1973). 'Is casework effective? a review'. *Social work*, 18(1), 5-20.

FIXSEN, D.L., BLASE, K.A. *et al.* (2001). 'In search of program implementation: 792 replications of the Teaching-Family Model' in G.A. BERNFELD, D.P. FARRINGTON en A.W. LESCHIED (eds.), *Offender rehabilitation in practice: implementing and evaluating effective programs* (pp. 149-166). London: Wiley.

FIXSEN, D.L. en NAOOM, S.F. *et al.* (2005). *Implementation research: a synthesis on the literature*. Florida: Louis de la Parte Florida Mental Health Institute.

LAMBERT, M.J. (2010). 'Yes it is time for clinicians to routinely monitor treatment outcome'. in B.L. DUNCAN, S.D. MILLER, B.E. WAMPOLD en M.A. HUBBL (eds.), *The heart and soul of change. Delivering what works in therapy* (pp. 239-266). Washington D.C: American Psychological Association.

LECROY, C.W. en KRYSIK, J. (2007). 'Understanding and interpreting effect size measures'. *Social work research*, 31(4), 243-248.

LUNDAHL, B.W. en KUNZ, C. *et al.* (2010). 'A meta-analysis of motivational interviewing: twenty-five years of empirical studies'. *Research on Social Work Practice*, 20(2), 137-160.

NUTLEY, S. en WALTER, I. *et al.* (2009). 'Promoting evidence-based practice: models and mechanisms from cross-sector review'. *Research on Social Work Practice*, 19(5), 552-559.

ROSENZWEIG, S. (1936). 'Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy'. *American journal of orthopsychiatry* (6), 412-415.

SACKETT, D.L. en MC ROSENBERG, W. *et al.* (1996). 'Evidence based medicine: what it is and what it isn't'. *British Medical Journal* (312), 71-72.

SALSBURG, D. (2001). *The lady tasting tea, how statistics revolutionized science in the twentieth century*. New York: Freeman Owl book.

STEYAERT, J. en VAN DEN BIGGELAAR, T. *et al.* (2010). *De bijziendheid van 'evidence based practice': beroepsinnovatie in de sociale sector*. Amsterdam: SWP.

VAN DEN BRINK, G. (2007). *Moderniteit als opgave, een antwoord aan relativisme en conservatisme*. Amsterdam: Sun.

VAN YPEREN, T. en VAN DER STEEGE, M. *et al.* (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg, stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut (NJI).

VANDEWALLE, I. en DE GROOF, K. (2011). *Telefonisch onthaal van een slachtoffer*. Antwerpen-Berchem: Steunpunt Algemeen Welzijnswerk.

VERBIST, J. (2012). *Youth at risk Vlaanderen en Nederland, een zoektocht naar evidence based practice* (scriptie master sociaal werk). Antwerpen.

VERHAEGHE, P. en DE DIJN, H. (2012). 'Zorgzaamheid in tijden van verzakelijking. Hoe overleven we het instrumentele denken?' in D. VERDONCK (ed.), *Oe kan da? Worden we allemaal instrumenSen?*, Leuven: Oikonde Leuven vzw.

REDACTIE

MOSTINCKX Jef

Erebestuursdirecteur Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap

DEVEN Fred

Coördinator van het 'International Network Leave Policies & Research' / Ere-wetenschappelijk directeur, Kenniscentrum Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

DAUWE Peter

Eindredacteur

AUTEURS – Naast de redactie tevens:

ANDRIESEN Karl

Stafmedewerker bij de Federatie van Tele-onthaaldiensten en onderzoeker bij de Eenheid voor Gezins- en Orthopedagogiek, Faculteit Psychologie en Pedagogische wetenschappen, KU Leuven

BARBÉ Patrick

Afdelingshoofd, Afdeling gehandicaptenzorg en kinderopvang, Zorginspectie

BEYER Ingo

Geriatr, diensthoofd geriatric UZ Brussel, verbonden aan de onderzoeksgroep 'Frailty in Ageing Research' van de VU Brussel

BOSMANS Jan

Sectorcoördinator kinderopvang, gezinsondersteuning en bijzondere jeugdzorg, Vlaams Welzijnsverbond

BUYSENS Nathalie

Master Psychologie, geriatric UZ Brussel

CANTILLON Bea

Professor Sociaal Beleid U Antwerpen en directeur Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleecq

CORNELIS Elise

Ergotherapeut, Master Gerontologie, verbonden aan de onderzoeksgroep 'Frailty in Ageing Research' van de VU Brussel, UZ Brussel Geriatric en geheugenkliniek. Docente Arteveldehogeschool – opleiding bachelor in de Ergotherapie

COUSAERT Christophe

Beleidsadviseur, Agentschap VIPA

DE BIE Maria

Doctor in de staats- en bestuurswetenschappen, voorzitter van de vakgroep Sociale Agogiek U Gent, Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen

DE MAESSCHALCK Veerle

Onderzoeker bij het Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleecq

DE SMET Sofie

Licentiaat psychologie, beleidsmedewerker Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

DE VRIENDT Patricia

Ergotherapeut en doctor in de gerontologie. Verbonden aan de onderzoeksgroep 'Frailty in Ageing Research' van de VU Brussel, lesgever in de master in Management, Zorg en Beleid in de Gerontologie (Faculteit Geneeskunde en Farmacie, VUB)

DE WITTE Jasper

Socioloog en als doctoraatsbursaal verbonden aan het Steunpunt WVG

DECLERCK Lieve

Attaché welzijn en gezondheid bij de studiedienst van de Gezinsbond vzw

DEKKER Eric

Coördinator ouderenbeleid, Departement Welzijn Volksgezondheid en Gezin, Afdeling Beleidsontwikkeling

DEWULF Danny

Algemeen Directeur Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)

ENGHIEN Marijke

Afdelingshoofd Afdeling Welzijn en samenleving, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

GOEDEMÉ Tim

Doctor in de Sociale Wetenschappen verbonden aan het Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleek

GORUS Ellen

Psycholoog en doctor in de gerontologie verbonden aan de onderzoeksgroep 'Frailty in Ageing Research' van de VU Brussel, lesgever in de master in Management, Zorg en Beleid in de Gerontologie (Faculteit Geneeskunde en Farmacie, VUB)

HERMANS Koen

Doctor in de Sociale Wetenschappen, deeltijds docent aan de Faculteit Sociale Wetenschappen en deeltijds projectleider bij LUCAS, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy KU Leuven. Promotor Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

HEYLEN Leen

Onderzoekster van het Vlaams Onderzoeks- en Kenniscentrum Derde Leeftijd (Vonk3) en docente verbonden aan de banaba ouderencoaching van Thomas More

HOUBEN Stijn

Beleidsmedewerker bij de Directie Mensenrechten en Democratie van de Europese Dienst voor Extern Optreden

LAUWERS Marcel

Adviseur, afdeling Welzijn en Samenleving. Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

PARTHOENS Anja

Communicatieverantwoordelijke, OPZC Rekem

ROETS Griet

Doctor in de Pedagogische Wetenschappen, als postdoctoraal onderzoeker van het FWO verbonden aan de vakgroep Sociale Agogiek U Gent

ROOSE Rudi

Doctor in de Pedagogische Wetenschappen, docent Sociaal Werk Vakgroep Sociale Agogiek U Gent

SALANAUSKAITE Lina

Doctoraal onderzoeker aan het Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleek van de U Antwerpen en tevens verbonden aan de Maastricht Graduate School of Governance, U Maastricht

STEYAERT Jan

Professor doctor, U Antwerpen, master sociaal werk

TERMOTE Henk

Medewerker Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting - Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding

VANHEE Jean-Pierre

Algemeen directeur Intersectorale toegangspoort binnen het Agentschap Jongerenwelzijn en professor educatiewetenschappen VUB

VAN HOOTEGHEM Henk

Medewerker Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting - Centrum voor Gelijkheid van Kansen en voor Racismebestrijding

VAN LANCKER Wim

Onderzoeker bij het Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleek van de U Antwerpen

VAN PUYVELDE Katrien

Geriatr UZ Brussel, Geriatrie, verbonden aan de onderzoeksgroep 'Frailty in Ageing Research' van de VU Brussel

VANACKER John

Administrateur-generaal, OPZC Rekem

VANDENBROUCKE Frank

Hoogleraar KU Leuven, Houder van de Leerstoel Herman Deleek aan de U Antwerpen en Leerstoel Joop Den Uyl aan de UvA

VANDENREYT Ria

Teamverantwoordelijke Communicatie en Ondersteuning, Afdeling Informatie en Ondersteuning, IVA Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid

VANDER GUCHT Ann

Stafmedewerkster afdeling Beleidsontwikkeling, Departement WVG, Docent ouderenbeleid aan het Hoger Instituut voor Gezinswetenschappen Schaarbeek

VAN MECHELEN Natascha

Onderzoeker op het Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleecq aan de U Antwerpen

VERBIST Gerlinde

Senior onderzoeker en coördinator van de onderzoeksdomeinen 'onderwijs' 'migratie' en 'simulatiemodellen' van het Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleecq aan de U Antwerpen

VERMEERSCH Sophie

Master Psychologie en neuropsycholoog, UZ Brussel Geriatrie en geheugenkliniek

INHOUDSTAFEL

U vindt een uitgebreide inhoudstafel voor elk hoofdstuk. Na elk hoofdstuk kunt u de relevante wetgeving consulteren. Op het einde van het boek vindt u een chronologisch register van de relevante wetgeving en een alfabetisch register.

WOORD VOORAF	7
ALGEMENE INLEIDING	9
LIJST VAN AFKORTINGEN	17
Deel I	
Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG)	23
Inleiding (J. Mostinckx en F. Deven)	27
Hoofdstuk 1 Het welzijns- en gezondheidsbeleid in Vlaanderen: situering en globaal overzicht (J. Mostinckx en F. Deven)	33
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin - WVG	
Hoofdstuk 2 Begroting van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (M. Lauwers)	61
Hoofdstuk 3 Departement WVG – afdeling Welzijn en Samenleving (M. Enghien)	69
Hoofdstuk 4 Departement WVG – VIPA (C. Cousaert)	89
Intern Verzelfstandigde Agentschappen – IVA’s	
Hoofdstuk 5 IVA Kind en Gezin (redactie)	111
Hoofdstuk 6 IVA Jongerenwelzijn (J. Bosmans)	143
Hoofdstuk 7 IVA Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (D. Dewulf)	169
Hoofdstuk 8 Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (R. Vandenreyt)	197
Hoofdstuk 9 Zorginspectie (P. Barbé)	223
Extern Verzelfstandigde Agentschappen – EVA’s	
Hoofdstuk 10 Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem (Geestelijke gezondheidszorg in beweging) (J. Vanacker en A. Parthoens)	241

Deel II	Welzijnsrecht en welzijnsbeleid. Principes en processen	249
	Inleiding (J. Mostinckx en F. Deven)	251
Hoofdstuk 1	Overzicht van het internationale kader inzake sociale rechten (S. Houben)	253
Hoofdstuk 2	Federaal welzijnsrecht en welzijnsbeleid (J. Mostinckx)	281
Deel III	Capita Selecta	321
	Algemene inleiding (F. Deven en J. Mostinckx)	325
	Cluster 1. Uitdaging om te investeren in kinderen en jongeren	327
	Inleiding (F. Deven en J. Mostinckx)	329
Hoofdstuk 1	Bouwen aan een nieuwe toekomst voor de kinderbijlagen: een must voor al wie het ernstig neemt met armoedebestrijding (B. Cantillon, W. Van Lancker, T. Goedemé, G. Verbist, L. Salanauskaitė, V. De Maesschalck en N. Van Mechelen)	331
Hoofdstuk 2	Een actieve welvaartsstaat moet investeren in kinderen (F. Vandenbroucke)	357
	Cluster 2. Uitdagingen voor praktijkexperts (inzake welzijn en zorg)	377
	Inleiding (F. Deven en J. Mostinckx)	379
Hoofdstuk 3	Psychotherapie, sociaal werk en bemiddeling: schakels in de psychosociale hulpverlening (J. Mostinckx)	381
Hoofdstuk 4	De mythologische zoektocht naar voorspelbare resultaten van hulpverlening (J. Steyaert en S. de Smet)	413
Hoofdstuk 5	Suicide en suïcidepreventie (K. Andriessen)	429
Hoofdstuk 6	Het fictionele karakter van Integrale Jeugdhulp (J. De Witte en K. Hermans)	447
	Cluster 3. Uitdaging voor vereenzaming en sociale uitsluiting	463
	Inleiding (F. Deven en J. Mostinckx)	465
Hoofdstuk 7	Participatie en armoedebestrijding: een democratisch vraagstuk (M. Bouverne-De Bie, G. Roets en R. Roose)	467
Hoofdstuk 8	Eenzaamheid, van alle leeftijden (?) Risicofactoren voor sociale en emotionele eenzaamheid in België (L. Heylen)	483
Hoofdstuk 9	Een kijk op de meting van armoede en sociale uitsluiting in België en Vlaanderen (H. Van Hootegem en H. Termote)	503

Hoofdstuk 10 Sociale armoedebestrijding en sociale cohesie op Europees niveau (J. Mostinckx en F. Deven)	525
Cluster 4. Uitdagingen van jong tot oud	555
Inleiding (F. Deven en J. Mostinckx)	557
Hoofdstuk 11 Het belang van welzijns- en zorgvoorzieningen op het lokale niveau – Algemene beschouwing vanuit een gezinsorganisatie (L. Declerck)	561
Hoofdstuk 12 Psycho-cognitieve aandoeningen: ontstaan en verloop, behandeling en preventie (P. De Vriendt, E. Gorus, I. Beyer, N. Buysens, E. Cornelis, K. Van Puyvelde, S. Vermeersch)	579
Hoofdstuk 13 Integrale jeugdhulp 1998-2013, klaar als kristal (J.-P. Vanhee)	599
Hoofdstuk 14 Het ouderenbeleid, intergenerationele solidariteit en actief ouder worden in Vlaanderen (E. Dekker en A. Van Der Gucht)	631
Chronologisch register van de wetgeving	649
Alfabetisch register	675