

# De bijziendheid van evidence based practice

Beroepsinnovatie in de sociale sector



Jan Steyaert, Tineke van den Biggelaar, Johan Peels

# De bijziendheid van evidence based practice

Beroepsinnovatie in de sociale sector

Jan Steyaert  
Tineke van den Biggelaar  
Johan Peels



De bijziendheid van evidence based practice  
Beroepsinnovatie in de sociale sector  
Jan Steyaert, Tineke van den Biggelaar, Johan Peels

ISBN 978 90 8850 145 6  
NUR 741

© 2010 B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, Stbl. 351, zoals gewijzigd bij het besluit van 23 augustus 1985, Stbl. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot Uitgeverij SWP (Postbus 257, 1000 AG Amsterdam) te wenden.

# Inhoud

Vooraf 6

Inleiding 9

1. Onbedoelde effecten: oeps! 15
2. Casus: van Glen Mills School tot De Sprint 24
3. De onverwachte duurzaamheid van kwakzalverij 35
4. Casus: Triple P 45
5. Evidence based practice en de sociale sector 54
6. Casus: burgerschap 69
7. Wat moet en kan sociaal werk met evidence based practice? 76
8. Casus: ervaringsdeskundigen 86
9. Rogers over verspreiding van innovaties 94
10. Casus: ABCD 102
11. Het geschreven woord en innovatie 108
12. Casus: achter de voordeur 117

Slotbeschouwing 123

Literatuur 125

Over de auteurs 133

# Vooraf

De sociale sector staat onder druk. Er zijn hoge verwachtingen, er gaan veel middelen in om en al jaren worden er vragen gesteld over de uitkomsten van sociale interventies. In onze huidige tijd worden de eisen omtrent verantwoording, transparantie en doelmatigheid steeds nadrukkelijker. Ook de sociale sector ontkomt niet aan deze verantwoordingsvraag. Door allerlei partijen wordt flink geïnvesteerd in sociale interventies, maar wat zijn nu eigenlijk de uitkomsten daarvan? In hoeverre is de sociale sector effectief? In navolging van *evidence based medicine* lijkt het nu de beurt aan de ‘zachte sector’ om zijn werkzaamheid te bewijzen.

De voortdurende twijfel over de effectiviteit van de sociale sector is niet eenvoudig weg te nemen. Wanneer is een sociale interventie effectief? Is het de ervaren baat en/of tevredenheid bij cliënten of is dat het professionele oordeel of het behalen van beleidsdoelstellingen? Gaat het over beïnvloeding van de beeldvorming of is effectiviteit alleen aan te tonen door wetenschappelijk bewijs?

*Evidence based practice* is het credo om de vraag naar effectiviteit te beantwoorden. Met aanhangers die er heilig in geloven en afvalligen die er geen heil in zien. De kwestie levert veel discussiestof op. Natuurlijk willen professionals in de hulpverlening methoden toepassen die leiden tot resultaten, maar welke methoden zijn dat? Welke methodieken zijn beschikbaar en welke zijn bruikbaar in de dagelijkse uitvoering?

Wetenschappers pleiten al jaren voor meer onderzoek naar de werkzaamheid van methoden. De praktijk kan echter niet altijd voldoen aan de methodologische eisen. Onderzoekers constateren dat er te weinig gebruik gemaakt wordt van wetenschappelijke inzichten en hulpverleners stellen op hun beurt dat de wetenschappelijke kennis niet toepasbaar is in de praktijk. Daarenboven zijn effecten van interventies vaak pas op langere termijn zichtbaar en zijn niet altijd faciliteiten voor onderzoek beschikbaar.

In de sector wordt veel projectmatig gewerkt. Er is een veelheid aan methoden, die lang niet allemaal beschreven zijn. Veel kennis van hoe te handelen in bepaalde hulpverleningssituaties is impliciet, en is daardoor niet te gebruiken door anderen. Door onder meer MOVISIE en het NJi wordt geïnvesteerd in het beschrijven en onderzoeken van methoden van sociale interventies.

Deze methoden worden verzameld en beoordeeld en gecategoriseerd in databanken van effectieve interventies.

De vraag is: wat als het stof rondom de kwestie evidence based practice is neergedwarreld? Is de kwaliteit van de sector dan daadwerkelijk verbeterd? Of verlopen verbeteringsprocessen in de hulpverleningspraktijk volgens een eigen dynamiek die zich lastig laten sturen? In hoeverre spelen hierbij factoren als wetenschappelijke inzichten en *lessons learned* uit onze rijke hulpverleningshistorie een rol? Is er sprake van een voortdurende ontwikkeling en verbetering in de sector?

Dat willen we in deze publicatie verkennen aan de hand van een afwisseling tussen meer theoretische beschouwingen en meer uit de praktijk opborrelende casuïstiek. We bieden niet alleen zes beschouwende hoofdstukken, maar construeren daarnaast de leerbiografie van zes spraakmakende sociale interventies zoals Glen Mills, Triple P en 'achter de voordeur'. Telkens bekijken we in welke mate evidence based practice een rol speelde bij de opgang en neergang van deze interventies en welke andere krachten daarbij verder betrokken waren. Zo vermijden we een inhoudsloze discussie over de normatieve superieure positie van evidence based practice en organiseren we een confrontatie tussen die droom en de realiteit van hulpverlening.

We nodigen lezers uit om een soortgelijke beschrijving te maken van sociale interventies waar ze zelf bij betrokken zijn. Waar komt de sociale interventie vandaan waarmee je zelf werkt, wat is de biografie ervan en in welke mate speelde daarin onderzoek naar effectiviteit een rol?

Rest ons nog om de lezer een waarschuwing te geven en een aantal mensen te bedanken. De *waarschuwing* betreft het relatieve gebrek aan structuur in dit boek. Natuurlijk is er wel iets als een inleiding en een slotbeschouwing, en wisselen beschouwende hoofdstukken en biografieën van interventies elkaar af. Natuurlijk is er een inhoudelijke relatie tussen de beschrijving van Glen Mills en het daarop volgende hoofdstuk over kwakzalverij en tussen het hoofdstuk over Rogers en het volgende over ABCD. Maar de volgorde van hoofdstukken is toch behoorlijk willekeurig, en de volgorde waarin je kunnen worden gelezen dus ook. Een strakke structuur van probleemstelling, verantwoording methodologie, empirische resultaten, analyse en resultaten moet de lezer niet verwachten. Je kan dit boek beter benaderen als een caleidoscoop, zo'n koker waar je doorkijkt en die na draaiing telkens een nieuw beeld oplevert. Zo kan je ook de hoofdstukken in dit boek steeds draaien en in een nieuwe volgorde plaatsen. Dat geeft steeds nieuwe combinaties, nieuwe inzichten.

Het *bedanken* betreft een aantal meelezers. Toen de tekst voor dit boek bijna klaar was, zo'n maand voor de met de uitgever afgesproken deadline, hebben we het manuscript laten nalezen door collega's en studenten van binnen en buiten Fontys Hogeschool Sociale Studies. Het verzoek was daarbij om voor één keer eens niet vriendelijk te zijn en erg kritisch te reageren op onze tekst. Zo kregen we waardevolle tips om van laatste werkversie de eindversie te maken. We hebben alle reacties naar eer en geweten verwerkt, al past het hier toe te geven dat een aantal wijzigingen niet meer te realiseren was binnen de beschikbare tijd en geduldig op een lijstje wacht tot er een keer een bewerkte herdruk komt. Onze dank gaat uit naar deze meelezers: Steffie van den Bergh, Dana Feringa, Peter Goris, Bèr Kwaspens, Martijn van Lanen, David de Louw, Ilse Peters, Frederiek van de Ploeg, Peter Rensen, Jitske van der Sanden, Marie-Jose Smolders en Renske van der Zwet. Speciale dank ook aan collega Michel van der Poel voor het fotowerk voor de cover.

# Inleiding

Zomaar een week. De mailbox loopt weer over. Een lichte vorm van paniek: hoe krijg ik dit verwerkt? En tussen alle mails zitten ook de digitale nieuwsbrieven van diverse organisaties uit de sociale sector, gelukkig met een hoopgevende toonzetting. De SOZIO-nieuwsbrief meldt dat jongeren die een strafbaar feit plegen voortaan hun excuses moeten aanbieden. Geïnspireerd door nieuwe wetenschappelijke inzichten vernieuwt Halt zo zijn interventies, om effectiever bij te dragen aan preventie en bestrijding van jeugdcriminaliteit. De nieuwsbrief van Zorgvisie beschrijft diezelfde week dat de initiatiefnemer van de Thomashuizen start met de kleinschalige opvang van licht verstandelijk gehandicapten, 'Thomas op kamers'. Een paar dagen later zendt de NCRV *De stille revolutie in de hulpverlening* uit, een documentaire van Paul de Bont en Marlou van den Berge over de uit Nieuw-Zeeland overgewaaide 'eigen krachtconferenties' in de jeugdzorg. De nieuwsbrief van Psy.nl brengt het bericht dat hulpverleners in Almelo met 'geluksbudgetten' actief op pad trekken om burgers die om wat voor reden dan ook achter de geraniums zitten te vereenzamen weer bij de samenleving te betrekken. Effectonderzoek laat zien dat die burgers hierdoor niet alleen actief worden, maar zich ook beter gaan voelen (zie [www.geluksbudget.nl](http://www.geluksbudget.nl)). Wie durfde ook alweer te beweren dat de sociale sector oubollig is en geen vernieuwing kent?

Tijdens het bouwen van de canon sociaal werk voor Nederland en Vlaanderen in 2009 (zie [www.canonsociaalwerk.eu](http://www.canonsociaalwerk.eu)) ontstond regelmatig de vraag of er in de sociale sector naast vernieuwing en historische voortgang ook kan gesproken worden van professionele vooruitgang. Voortgang is immers fundamenteel wat anders dan vooruitgang, zoals vernieuwing wat anders is dan verbetering. Is sociaal werk anno 2010 niet alleen anders, maar ook beter dan sociaal werk anno 1960 of 1910? Is er sprake van groei van professionele kennis zodat hedendaagse sociale interventies met meer efficiëntie en effectiviteit uitgevoerd kunnen worden? Is sociaal werk deelgenoot aan de modernisering waaraan andere maatschappelijke sectoren onderhevig zijn?

Diezelfde vraag ontstond niet alleen vanuit het werken aan de canon, maar recenter ook bij de Wmo-werkplaats (zie <http://noordbrabant.wmowerkplaatsen.nl/>). In deze door het Ministerie van VWS gesubsidieerde initiatieven worden de implicaties van de Wet maatschappelijke ondersteuning voor het dagelijks werk van hulpverleners in beeld gebracht om vervolgens te zoeken



naar de nodige beroepsinnovatie. *Best practices* worden verzameld en overgedragen aan lokaal beleid, werkveld en sociaal-agogische opleidingen. Dat klinkt goed, maar vraagt om een kader om te beoordelen wanneer een sociale interventie tot de categorie best practice behoort en navolging verdient en wanneer dat niet het geval is. Opnieuw stelt zich dus de vraag hoe te beoordelen welke interventies effectief zijn, en welke niet of minder. En daar komt heel wat bij kijken, zoals verder in deze publicatie zal blijken. Deze publicatie kan daarom gezien worden als methodologische uitvalsbasis van de Wmo-werkplaats Noord-Brabant.

Vanuit die dubbele uitdaging (canon sociaal werk en Wmo-werkplaats) staan we in deze tekst stil bij beroepsinnovatie in de sociale sector, en dan vooral bij de rol die evidence based practice daarin speelt. Het afgelopen decennium is immers veel energie geïnvesteerd in evidence based practice als fundament van professionele vooruitgang in sociaal werk.

Het is wellicht goed om hier reeds aan te geven dat we in deze publicatie uitgaan van een ruime omschrijving van sociaal werk. Dat bestaat uit al die vormen van hulpverlening die zich richten op de sociale kwaliteit van onze samenleving en zorg voor de kwetsbare burger, of ze dat nu doen vanuit een brede lokale welzijnsorganisatie of vanuit jeugdzorg of zelfs ingebed in een woningcorporatie of ziekenhuis. Het gaat ons niet om het bepalen van de exacte grenzen van wat wel of niet tot sociaal werk behoort, maar om het benoemen van de diverse krachten die invloed hebben op de dynamiek van professionaliteit in die sector.

Bij andere hulpverlenende beroepen is het duidelijk dat voortgang ook vooruitgang omvat. Een paar voorbeelden illustreren dat. Voor een tandbehandeling naar de tandarts gaan is nooit een pretje, maar is onder meer dankzij plaatselijke verdoving nu toch heel wat aantrekkelijker dan vroeger. Voor William Morton midden negentiende eeuw ontdekte dat ether als verdovingsmiddel gebruikt kan worden, werden tandbehandelingen en andere chirurgische ingrepen noodgedwongen zonder verdoving uitgevoerd (Snow, 2008). Zijn ontdekking kan dus omschreven worden als een breuklijn in het professioneel handelen van tandartsen: hun praktijk was nadien fundamenteel anders dan daarvoor. Sindsdien is die kennis natuurlijk nog toegenomen en verfijnd. Maar dat is eerder incrementele innovatie – kleine stapsgewijze verbeteringen. Iets om bij stil te staan bij het volgende bezoek aan de tandarts! De naam Guus de Jonge klinkt weinig mensen bekend in de oren, geheel ten

onrechte. Wiegendood was tot eind jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw een hardnekkig probleem, dat bestreden werd via slapen in buikligging. Er was zelfs sprake van een ware wiegendoodepidemie. De Nederlander Guus de Jonge pleitte er vanaf 1987 voor om baby's juist niet langer op de buik te laten slapen om wiegendood te voorkomen. Hij ging daarmee lijnrecht in tegen het advies van de Oostenrijkse arts Reisetbauer, die sinds 1971 de buikligging als heilzaam voor het kind propageerde. Wat eerst als oplossing gehanteerd werd, werd plots een risicoverhogende factor. De Jonge kreeg veel kritiek op zijn standpunt, maar baby's op de rug te slapen leggen is nu een internationale aanvaarde praktijk die vele levens redt. Het handelen van beroepskrachten en ouders is erdoor gewijzigd en verbeterd.

Een derde voorbeeld van beroepsinnovatie spreekt nog meer tot de verbeelding. De aanpak van hartklachten stond tot midden de jaren zestig gelijk aan veel rusten. In 1966 bleek echter uit de 'Dallas bed rest and training study' dat dan het hart minder krachtig wordt. Zes sportieve studenten kregen er een mooie vakantiejob, ze moesten vooral veel rusten en in bed liggen, terwijl de effecten daarvan op hun hart en longen gemeten werd. Nadien bleek hun hartcapaciteit achteruitgegaan te zijn. Rusten was dus helemaal geen goede weg naar een sterker hart. Nu gaan hartpatiënten dan ook al snel de hometrainer op. Zowel beroepskrachten als patiënten hebben hun handelen aangepast op basis van deze nieuwe handelingskennis.

Deze voorbeelden geven aan dat de inhoud van professioneel handelen onderhevig is aan voortschrijdend inzicht, dat ooit opgebouwde kennis een houdbaarheidsdatum heeft, niet alleen omdat de context van de toepassing ervan wijzigt maar ook omdat er betere kennis ontwikkeld wordt. Stilstaan is achteruitgang. Beroepen die zichzelf niet continu heruitvinden en hun professionaliteit niet vernieuwen, dreigen minder effectief en minder relevant te worden. Daarom is niet alleen toegewijde uitvoering van bestaande professionele instrumenten belangrijk, maar ook beroepsinnovatie.

In de sociale sector laat zich vooruitgang echter moeilijk benoemen. Er zijn nauwelijks breuklijnen te benoemen in het hanteren van sociale interventies, vergelijkbaar met de eerder genoemde voorbeelden uit andere sectoren. Woningopzichteressen gingen begin twintigste eeuw op huisbezoek bij gezinnen die in armoede leefden, een eeuw later is het huisbezoek aan een renaissance bezig onder de slogan 'achter de voordeur' en 'er op af' (zie hoofdstuk 12). Is er in die eeuw ook professionele groei te benoemen, zijn huisbezoeken anno 2010 beter dan anno 1910?

Bovendien wordt incrementele vooruitgang in sociale interventies dikwijls weggemoffeld, alsof ze eerder een schande dan een blijk van groei zou zijn. Zo wordt in de lente van 2009 Glen Mills als interventie voor criminele jongeren verlaten na kritiek en twijfel over de effectiviteit ervan (zie hoofdstuk 2). De school verandert van naam en heet voortaan De Sprint, en het behandelprogramma wordt voortaan trajectbenadering genoemd. Daarin worden de goede componenten van Glen Mills behouden. Door het niet Glen Mills versie 2.0 te noemen of Glen Mills Xtra, maar in de naamgeving uitdrukkelijk niet naar de voorganger te verwijzen, lijkt het alsof opnieuw van nul begonnen wordt met een volledig nieuwe aanpak en er van een doorgaande leerlijn geen sprake is. Datzelfde fenomeen is ook te zien in Rotterdam, waar aan leefbaarheid in wijken gewerkt wordt onder de noemer 'mensen maken de stad'. Opnieuw wordt verdoezeld dat het hier gaat om een aangepaste versie van de eerdere aanpak 'opzoomeren', en opnieuw ontgaat velen de doorgaande leerlijn. Andere sectoren zijn beter in het benoemen van vooruitgang. Versiebeheer in software is daar het duidelijkste voorbeeld van.

Is er dan helemaal geen sprake van beroepsinnovatie in de sociale sector? Natuurlijk wel. Er is volop dynamiek op het niveau van sociaal beleid, organisatiebeleid en op het niveau van sociale interventies.

Inzake *sociaal beleid* is er sprake van innovatie bij bijvoorbeeld de overgang naar een actieve welvaartstaat en meer aandacht voor eigen verantwoordelijkheid of naar de Wmo en meer aandacht voor informele zorg. Inzake *organisatiebeleid* is er sprake van innovatie door de schaalvergroting en de overgang van kleine specifieke welzijnsinstellingen naar brede gemeentegrenzen overstijgende welzijnsorganisaties (en recenter de beweging terug naar kleinschaligheid, cf. buurtzorg Nederland). Op die niveaus is er sprake van een hype van verandering en vernieuwing, van neocratie: alles wat nieuw is, is beter. Elders omschreven we dat als toverend Trotskisme (Steyaert, 2009).

Op het niveau van *sociale interventies* zijn de voorbeelden van beroepsinnovatie minder sterk zichtbaar. Er zijn wel veel vernieuwende initiatieven, maar of die telkens ook een innovatie (verbetering) betreffen, blijft meestal onduidelijk. En er zijn natuurlijk de vele normatieve uitspraken over wat zou moeten ('hard aanpakken', 'de burger erbij betrekken', 'uitgaan van de kracht van mensen', enzovoort).

Als het gaat om vernieuwing in de sector liggen veranderingen toch meer op het niveau van het sociaal beleid en het organisatiebeleid, en minder op het niveau van sociale interventies. De vraag rijst zo of beroepsinnovatie in deze

sector meer gekenmerkt wordt door circulaire bewegingen of zelfs stilstand en mogelijk achteruitgang dan door vooruitgang.

Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat er verhoogde aandacht is voor effectiviteit in de sociale sector (als doel) en voor evidence based practice (als middel daartoe). Het is goed dat explicieter gevraagd wordt naar de effecten van bepaalde sociale interventies en naar de argumenten op basis waarvan bepaalde vormen van hulpverlening gekozen worden. We zijn grote voorstanders van het gebruik van de best beschikbare informatie om beslissingen te nemen over sociale interventies en verwelkomen als zodanig de grotere aandacht voor evidence based practice. We behoren dus niet tot de club die de relevantie van wetenschap voor hulpverleners minimaliseert of ridiculiseert, zoals Jules Tielens, die op de cover van zijn boek over bemoeizorg zeer opvallend een sticker plaatst met: 'kwaliteit met 0% wetenschap' (Tielens, 2010).

In onze ogen vormen onderzoek en evidence based practice nieuwe bouwstenen in sociaal werk en moderniteit. Nadat eerder grotendeels afscheid genomen is van de rol van religie in hulpverlening en we daarom bijvoorbeeld niet meer aan hagiotherapie doen (zie [www.canonsociaalwerk.nl](http://www.canonsociaalwerk.nl), 1270), draagt nu onderzoek bij aan verdere modernisering. Bovendien is evidence based practice een erg democratisch uitgangspunt: elke sociale interventie krijgt de kans haar effectiviteit aan te tonen en zo een plaats in de instrumentenbak van de professional te verwerven, ook als theoretisch (nog) niet verklaard kan worden waarom iets werkt. Tegelijk is evidence based practice zeer ondemocratisch en zelfs autoritair ten aanzien van kennisbronnen: niet elke uitspraak over wat wel of niet werkt is evenwaardig, er is een strakke hiërarchie die aangeeft welke uitspraak waardeloos is en welke betrouwbaar. Evidence based practice omvat dus een dubbele uitsorting: welke interventie werkt wel of niet, en welke kennisbron is waardeloos dan wel betrouwbaar?

Maar terwijl we deze ontwikkelingen toejuichen, observeren we ook dat er sprake is van een 'pars pro toto' stijlfiguur: een deel van het verhaal wordt voor het hele verhaal gehouden of gepresenteerd. Ondanks de grote hoeveelheid publicaties en informatie over evidence based practice krijgen we maar een deel te zien van wat de dynamiek op de werkvloer van de sociale sector vorm geeft. De grote aandacht voor evidence based practice gaat gepaard met een grootschalige *bijziendheid* inzake beroepsinnovatie. Er wordt onevenredig veel gekeken naar onderzoeksmethoden en onderzoeksontwerpen die aansluiten bij de zoektocht naar beroepsinnovatie. Een dergelijk inzoomen op methoden en technieken wordt niet evenwichtig gebalanceerd met uitzoomen, met het

in beeld brengen van de ruimere sociale dynamiek rondom beroepsinnovatie. Weten wat er in een richtlijn voor optimale hulpverlening moet staan, is immers ‘slechts’ een noodzakelijke en geen voldoende voorwaarde voor het veranderen van zorg in de dagelijkse praktijk van hulpverleners. Het grootste deel van literatuur omtrent evidence based practice gaat over de aanpak van onderzoek en het pleidooi om wetenschap te gebruiken, waarbij er een lichte vorm van frustratie doorklinkt omdat dit zo weinig gebeurt. Wij draaien dit perspectief om en zoeken niet vanuit frustratie maar vanuit fascinatie naar al die andere krachten die meer dan de wetenschap dagelijks vorm geven aan hulpverlening. In deze publicatie willen we juist al die andere aspecten van de sociale dynamiek rondom beroepsinnovatie in beeld brengen. Daartoe behoren bijvoorbeeld voorkeuren van opdrachtgevers (gemeente, subsidiegevers), populariteit van een interventie of charisma van een ambassadeur van zo’n interventie. Het scherp krijgen van welke sociale interventie in welke omstandigheden werkt en welke niet is maar één deel van het grote verhaal van beroepsinnovatie. Er is namelijk geen rechtstreekse lijn tussen inzicht in wat werkt en toepassing daarvan. Wat op de werkvloer van een hulpverlener gebeurt, wordt door veel meer beïnvloed. De interactie tussen wetenschap en praktijk verloopt grillig en heeft een meervoudig karakter.

# 1. Onbedoelde effecten: oeps!

Ergens op de achtergrond van ons denken zit er altijd wel dat besef dat wat we doen wel eens heel andere resultaten kan hebben dan we dachten. ‘Oeps!’ zeggen we als het ons overkomt. We doen iets, en plots is er een heel ander uitkomst van ons handelen dan gehoopt. We willen het melkkannetje nemen maar stoten de koffie om. Als je daarover wat nadenkt, kom je al snel bij DDT, de insecticide die in de naoorlogse decennia veel gebruikt werd in de strijd tegen malaria. Tot Rachel Carson de vele nadelen hiervan in kaart bracht in haar boek *Silent spring* en duidelijk werd dat er meer na- dan voordelen zaten aan grootschalig gebruik van DDT (Carson, 1962). Oeps.

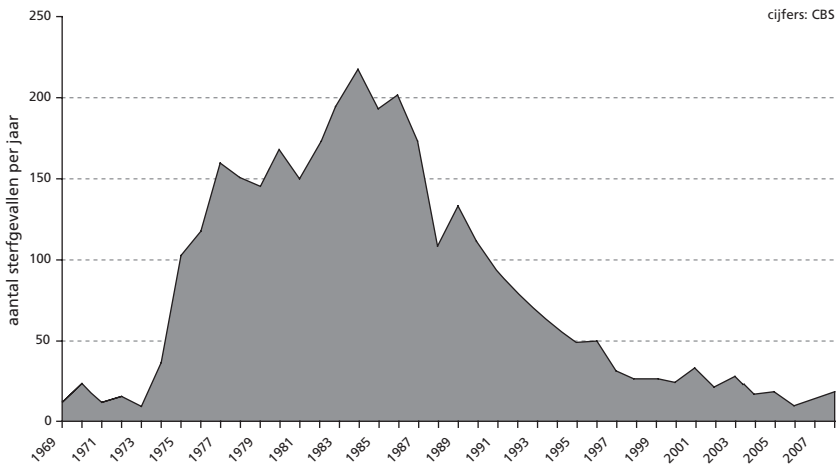
Ook in de context van hulpverlening en zorg kan zich dit oeps-fenomeen voordoen. En daarin ligt meteen de reden waarom onderzoek naar effecten van interventies nodig zijn. Goede intenties en hard werken alleen zijn wel noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarden voor professionele hulp. Laten we daarom enkele van die oeps-vragen als voorbeeld beschrijven.

## Wiegendood

In de inleiding verwezen we al even naar het werk van Guus de Jonge omtrent wiegendood. Er was wereldwijd sprake van een echte wiegendoodepidemie in de jaren zeventig en tachtig van vorige eeuw. Er was zelfs sprake van een vertwintigvoudiging van het aantal kinderen dat in het eerste levensjaar aan wiegendood stierf. In de periode 1971 tot 2008 zou het gaan om ongeveer 3.200 kinderen, met een duidelijke piek in de tweede helft van de jaren zeventig en de jaren tachtig.

Pas eind jaren tachtig is er sprake van een daling in wiegendood, nadat de Nederlander Guus de Jonge de veel voorkomende buikligging van baby's als een belangrijke oorzaak benoemde en een kruistocht begon om rugligging van slapende baby's te promoten. Daarbij moest hij onder meer opboksen tegen een advies van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, die na het verschijnen van de Jonge's analyse toch van mening bleef dat buikligging nuttig was (Meulenberg & van Everdingen, 1996, p. 157). Later zijn naast buikligging nog andere risicofactoren benoemd, zodat het voorkomen van wiegendood nog verder kon teruggedrongen worden (de Jonge & Hoogenboezem, 2005).

## Wiegendood in Nederland



Net zo relevant is het te kijken naar de plotse opkomst van de epidemie, waarvan de grafiek het begin behoorlijk nauwkeurig in 1974 plaatst. De oorzaak daarvoor wordt algemeen toegeschreven aan een pleidooi van de kinderartsen Ernst Reisetbauer en Hans Czermak op het 13<sup>de</sup> Internationaal Pediatrisch Congres in 1971 in Wenen. Zij hielden daar een blijkbaar overtuigend pleidooi voor buikligging, naar Amerikaanse gewoonte. Als baby's in buikligging slapen zou dat beter zijn voor hun motorische ontwikkeling en rustigere ademhaling. Het advies werd overgenomen door het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en populaire bladen zoals *Ouders van nu*, *Margriet* en *Libelle* en kreeg volgens de grafiek vanaf 1974 veel navolging in Nederland, helaas met fatale gevolgen.

Er zijn geen redenen om te twijfelen aan de goede bedoelingen van Reisetbauer en Czermak. We kunnen ze zelfs niet verdenken van geldelijk gewin, je kan immers moeilijk een advies tot buikligging verkopen. Desondanks heeft hun advies voor Nederland alleen al geleid tot een 3.000 vermijdbare overlijdens van baby's. Daarmee is meteen een heel sterk voorbeeld gegeven dat er bij professionele interventies (zoals het adviseren van buikligging) een groot verschil kan zijn tussen de bedoelde effecten en de bereikte effecten.

Goede bedoelingen alleen zijn onvoldoende, omdat onverwachtse effecten de totale opbrengst van een interventie negatief kunnen maken. Monitoring van zowel bedoelde als onbedoelde effecten is dan ook steeds noodzakelijk. Daar-

van vinden we ook voorbeelden in de sociale sector. Het bekendste maar nog steeds relevante voorbeeld is ongetwijfeld dat van *Scared straight* (Finckenauer & Gavin, 1999). Deze methode kent haar oorsprong in 1975 in de Rahway gevangenis in New Jersey, VS. Een groep gevangenen organiseren zich als *The Lifers Group* en bedenken activiteiten om het stereotype beeld van langdurige gevangenen correcter te maken. Zo verzamelen ze oud speelgoed dat ze herstellen en met Sinterklaas aan arme kinderen laten verdelen. Eén van de gevangenen, Richard Rowe, kwam met het idee iets te doen voor jongeren die het risico liepen te kiezen voor een criminele carrière. Hij maakte zich onder meer zorgen om zijn eigen zoon. Ze startten het *Juvenile Awareness Project*, waarbij groepjes jongeren een bezoek brachten aan de gevangenis en via direct contact met deze langdurige gevangenen zo zouden schrikken van de ellende en uitzichtloosheid dat ze op het rechte pad zouden blijven. De aanpak kreeg landelijke bekendheid in 1978 na een publicatie in *Reader's Digest* (toenmalige oplage: 30 miljoen!). Datzelfde jaar volgde een televisiefilm met de bekende acteur Peter Falk als verslaggever. Het project kreeg wereldwijde bekendheid onder de naam van de film: *Scared straight*. Daarop ontstonden andere, zeer vergelijkbare initiatieven, zoals *Squires* in Californië, de *Prison Day Programs* in Groot-Brittannië en *Ullersmo* in Noorwegen. Ook in Nederland is wel eens de suggestie gedaan deze sociale interventie te organiseren. In 1999 verscheen de opvolging van de televisiefilm: *Scared straight, 20 years later*, inclusief een AIMS-onderwijsmodule.

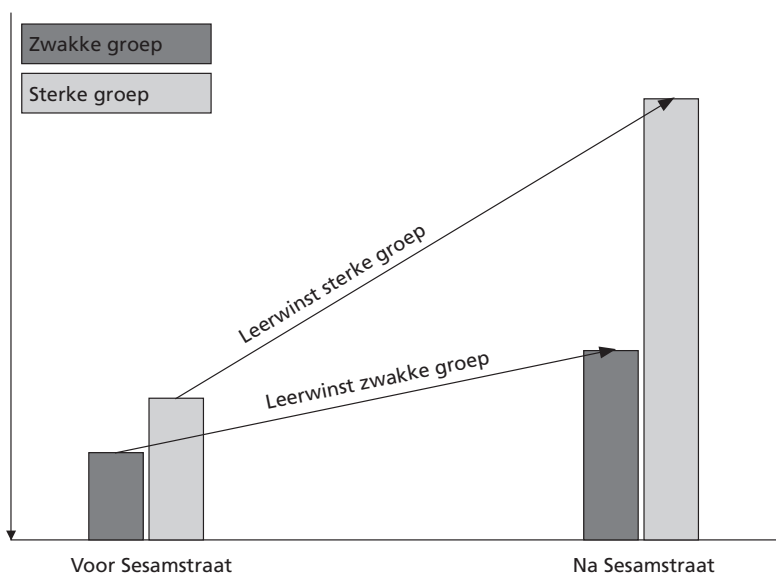
Zowel de film als de onderwijsmodule tonen 'scared straight' als een succesvolle sociale interventie die er inderdaad in slaagt risicjongen zodanig te doen schrikken dat ze op het rechte pad blijven. Dat is verrassend, want al in 1982 toonde James Finckenauer via onderzoek aan dat het tegenovergestelde gebeurde. Jongeren die deelnamen aan het scared straight programma maken zo'n lage inschatting van de kans dat ze na criminele daden gepakt zullen worden, dat de gevangenen eerder als rolmodel dan als afschrikking werken. Dat is later nog via ander onderzoek bevestigd (zie bijvoorbeeld Baas, 2005; Petrosino et al., 2000). Er is dus sprake van een sociale interventie met onvoorziene en onbedoelde effecten, met alles bij elkaar genomen een totaaleffect dat negatief is.

## Gelukt, maar toch mislukt: deel 1

Nog boeiender wordt het bij voorbeelden waarbij de sociale interventie wel positieve effecten behaalt, maar door de ongelijke verdeling van de effecten toch de onderliggende doelstelling niet haalt. Met name interventies op het



vlak van armoedebestrijding zijn hiervoor vatbaar. Als voorbeeld verwijzen we naar *Sesamstraat*. In grote delen van de wereld groeit tegenwoordig wel elke kleuter op met Bert en Ernie, Pino en Elmo, en natuurlijk Koekiemonster! En dit zowel via televisie als via de vele afgeleide producten (knuffels, boeken, ...). *Sesamstraat* wordt uitgezonden in 120 landen, door wel 350 televisiezenders. De eerste beginselen van rekenen, lezen en schrijven worden al spelend verkregen, nog voor het kind voor het eerst de poorten van de school binnengaat. Minder bekend is dat *Sesamstraat* startte als een sociale interventie, als armoedebestrijding. Eind jaren zestig van vorige eeuw werd het programma gemaakt met de heel expliciete doelstelling om de taalachterstand van kinderen uit achterstandswijken te verkleinen. Kinderen leerden ook fantastisch via *Sesamstraat*, de onderzoeksresultaten lieten een geweldige leerwinst zien (Fisch & Truglio, 2001). Daar bovenop kwam nog eens dat leren leuk werd, en dat het ook nog eens voor en buiten de schooluren kon. In die zin heeft *Sesamstraat* echt grenzen verlegd. Bovendien is het commercieel een ongelooflijk succes. Geen enkele andere sociale interventie heeft dit bereikt. En toch werd de hoofddoelstelling niet gehaald, de taalachterstand van kinderen uit achterstandssituaties werd zelfs groter! Dat had te maken met de verschillende effecten van *Sesamstraat* bij verschillende delen van de bevolking. Het bleek namelijk dat kinderen uit gezinnen met wat hogere opleiding en hoger inkomen veel meer leerwinst uit *Sesamstraat* haalden dan kinderen uit achterstandssituaties. In kansrijke gezinnen was er niet alleen meer toegang tot televisie (dit was omstreeks 1970, toen nog niet elk huishouden beschikte over televisie!), maar keken ouders ook meer mee met hun kinderen en werd er gepraat over wat er op *Sesamstraat* te zien was (Cook et al., 1975). Iedereen leerde zo, maar de sterkere leerlingen beduidend meer dan de zwakkere leerlingen. Er was wel leerwinst bij de zwakke groep in absolute termen, ten opzichte van voor *Sesamstraat*, maar niet in relatieve termen, ten opzichte van de sterke groep. En zo werd de taalachterstand alleen maar groter (Rogers, 2003, p. 459; Tichenor et al., 1970).



Natuurlijk is *Sesamstraat* sinds die beginjaren sterk gewijzigd, net als televisiekijken. Het is dus een logische vraag of er nu nog sprake is van die bevordering van ongelijkheid. In het kader van deze publicatie kunnen we daar niet op in gaan. Belangrijk is dat met dit voorbeeld duidelijk wordt dat er sociale interventies kunnen bestaan die schijnbaar hun doelen behalen, maar door ongelijke verdeling van die effectiviteit toch weer die doelen niet halen. Datzelfde effect van toegenomen ongelijkheid zou ook wel eens kunnen optreden bij huidige sociale interventies. Onderzoek van Jo Blanden in Groot-Brittannië geeft aan dat de democratiseringsgolf van hoger onderwijs aan het einde van de twintigste eeuw, waarvan iedereen hoopte dat hij zou bijdragen aan sociale gelijkheid, juist de kinderen uit rijkere gezinnen bevoordeelde. Daar doet zich dus hetzelfde '*Sesamstraat*-fenomeen' voor. En Nederlands onderzoek van begin 2010 naar de leefsituatie van kinderen geeft aan dat er veel vooruitgang geboekt wordt, maar juist in gemeenten waar het al relatief goed ging. De ongelijkheid tussen arme en rijke kinderen in Nederland neemt toe (zie [www.kinderenintel.nl](http://www.kinderenintel.nl)). In dit onderzoek worden verschillende indicatoren gebruikt, waaraan via lokaal jeugdbeleid gewerkt wordt.

Dezelfde effectiviteitsvraag kan en moet ook gesteld worden over specifieke sociale interventies, zoals de weekendscholen of kinderuniversiteiten. Deze initiatieven zijn wel gericht op 'gemotiveerde jongeren van tien tot veertien jaar uit sociaaleconomische achterstandswijken', maar onderzoek naar wie de deelnemers feitelijk zijn is nodig om te kijken of het *Sesamstraat*-fenomeen zich ook hier voordoet (zie [www.weekendschool.nl](http://www.weekendschool.nl)).

De Vlaamse wetenschapper en politicus Herman Deleeck heeft het verschijnsel van ‘rijken worden rijker, armen blijven arm’ in navolging van Matteüs 25:29 benoemd als het Matteüeffect, en het veelvuldig geduid in diverse onderdelen van de verzorgingsstaat. Vanzelfsprekend roepen deze situaties indringende ethische en praktische vragen op. Zoals: moet de interventie nog wel uitgevoerd worden als de ongelijkheid erdoor toeneemt? Kan je de interventie beperkt inzetten bij alleen de zwakke groep (en zo de sterkere groep eigenlijk een kans ontnemen)?

## Gelukt, maar toch mislukt: deel 2

Er is nog een derde vorm waarin onbedoelde effecten van sociale interventies kunnen optreden. Daarvoor maken we eerst een uitstap naar de wereld van de fysieke infrastructuur: bouwend Nederland.

In die sector hebben we de afgelopen jaren een paar bijzonder boeiende dossiers gezien. Zo was er de Betuwelijn, de nieuwe spoorlijn die de haven van Rotterdam ontsluit richting Duitsland. Midden jaren tachtig werden de plannen gemaakt, midden jaren negentig werd het tracé vastgelegd en werden de bouwvergunningen geregeld, net voor de eeuwwisseling startte de bouw en op 16 juni 2007 kon koningin Beatrix de Betuwelijn officieel openen. Het gehoopte effect, een grotere ontsluiting voor treinverkeer van Rotterdam richting oosten, is daarmee gerealiseerd. Toch kan er op meerdere vlakken ook van een mislukking gesproken worden. De kosten beliepen uiteindelijk ongeveer het dubbele van wat voorzien was. De exploitatie van de spoorlijn verloopt ook heel anders. De hoop dat er voldoende betalend treinverkeer over zou rijden om de investeringen terug te verdienen is vervlogen. Het ging in dit dossier zo fout dat de Tweede Kamer zich in 2003 genoodzaakt zag een tijdelijke Commissie Infrastructuurwerken in te stellen, de zogenaamde commissie-Duivesteijn.

Er zijn nog wel vergelijkbare dossiers te noemen uit binnen- en buitenland, zoals de Noord-Zuidlijn in Amsterdam of de invoering van de OV-chipkaart. Juist het feit dat op diverse plaatsen in de wereld in diverse sectoren grootse projecten steevast meer kosten dan begroot, langer duren om te realiseren en uiteindelijk minder blijken op te leveren dan verwacht zette de Deen Bent Flyvbjerg ertoe aan om een analyse te maken van dergelijke ‘megaprojecten’ (Flyvbjerg, 2007). Hij omschrijft ‘cost overruns and benefit shortfalls’ als bijna structurele kenmerken van grote initiatieven.

Ook in de sociale infrastructuur is het gevaar op kostenoverschrijding en niet gerealiseerde baten aanwezig. Zo leek het plan om de schoolboeken gratis

te maken voor leerlingen en hun ouders initieel redelijk betaalbaar te zijn en mooie resultaten te zullen bereiken, maar gaandeweg de rit werden de kosten hoger, de bureaucratie eromheen complexer (Europees aanbesteden!) en de resultaten steeds vager. De Raad van State boog zich over het initiatief en stelt er fundamentele vragen over: 'De Raad komt tot de conclusie dat de noodzaak van overheidsingrijpen niet is komen vast te staan en dat niet wordt aangetoond welk probleem met het voorstel wordt opgelost. De in het voorstel opgenomen maatregel komt vooral ten goede aan diegenen die uit inkomenspolitieke overwegingen het minste daarvoor in aanmerking komen. Daar komt bij dat niet wordt aangetoond dat deze maatregel enig positief effect heeft op de kwaliteit van het onderwijs' (Raad van State, advies W05.07.0428/I, december 2007). Ook bij andere dossiers komt de vraag op of de initiële investeringen niet te laag geschat werden en de gehoopte resultaten veel te optimistisch waren. Wat zou het antwoord zijn als je die vraag loslaat op bijvoorbeeld de invoering van de Bureaus Jeugdzorg als toegangspoort tot de Nederlandse jeugdzorg of de Centra Jeugd en Gezin of het elektronisch kinddossier? Voor veel sociale interventies en initiatieven uit de sociale sector is die vraag bovendien uitermate lastig te beantwoorden doordat informatie over de kosten meestal ontbreekt. Onderzoek dat effecten van sociale interventies in beeld brengt, geeft vrijwel nooit zicht op hoeveel arbeidstijd en andere kosten ervoor nodig zijn. Zo wordt Triple P als methode van opvoedingsondersteuning opgehemeld omdat deze evidence based is (zie hoofdstuk 4) en zelfs kosteneffectief, maar waar is de noodzakelijke informatie te vinden over hoeveel het kost om Triple P toe te passen? Een prijs-kwaliteitsvergelijking tussen verschillende sociale interventies wordt dan wel erg moeilijk. De Vlaamse auteur Geert van Istendael schreef enkele jaren geleden een hilarisch stukje over prijs-kwaliteitsvergelijking van bitterballen en kwam tot de volgende conclusie: 'Een verhouding kwaliteit-prijs is afwezig, bij gebrek aan kwaliteit' (van Istendael, 2005, p. 57). Je zou die uitspraak voor de sociale sector kunnen omdraaien: een verhouding prijs-kwaliteit is afwezig, bij gebrek aan informatie over de prijs.

## Tel uit je winst

De winst van een sociale interventie is dus niet gelijk te stellen aan de beoogde effecten, zoals ze bij aanvang in beeld zijn. Het totale effect van een (sociale) interventie is meer een optelsom van een aantal onderliggende effecten die zelden allemaal lopen zoals gehoopt. De meest voor de hand liggende component van het totale effect zijn de voorziene effecten die men hoopte

te bereiken. Daarnaast zijn er echter ook de onvoorziene effecten. Zo was het voorziene effect van de invoering van mobiele telefoons een betere telefonische bereikbaarheid, ook als men niet in de buurt was van een vast telefoonlijn. Behoorlijk onvoorzien was echter dat men daardoor bij pech veel sneller de hulpdiensten zou kunnen oproepen. De tijd tussen een ongeval en het verwittigen van de hulpdiensten werd kleiner. Dat het ging om een onvoorzien effect blijkt uit de groeipijnen van dit effect. Initieel wisten alarmcentrales niet waar een oproep naar 112 vanuit een mobiele telefoon vandaan kwam. Iemand die een brand meldde ‘in de Stationsstraat’ moest eerst nog gaan uitleggen in welk deel van het land men zich bevond, omdat de oproep niet noodzakelijk binnenkwam bij de lokale alarmcentrale.

We moeten niet alleen onderscheid maken tussen voorziene en onvoorziene effecten, maar ook tussen positieve en negatieve effecten. De snellere alarmering bij ongevallen is een combinatie van onvoorzien effect met positieve effecten. Voorbeelden van onvoorziene en negatieve effecten zijn de light sigaretten. Het gehoopte effect was dat mensen minder schadelijke stoffen zouden inademen tijdens het roken en het aantal longkankerpatiënten zou teruglopen. Het onvoorziene effect was echter dat rokers veel dieper gingen inhaleren en de iets minder schadelijke rook dieper in de longen zogen. Dat was een negatief effect.

Dat het belangrijk is dit ook in de sociale sector in beeld te krijgen, is in belangrijke mate het gevolg van het werk van Joel Fisher (zie [www.canonsociaalwerk.nl](http://www.canonsociaalwerk.nl), aanvullingen), die omschreven kan worden als ‘de vader van de professionele twijfel’.

In de jaren vijftig en zestig was het ‘social casework’ als methodologie voor het maatschappelijk werk erg populair. Deze aanpak was door onder meer Marie Kamphuis uit de VS geïmporteerd naar Nederland (zie [www.canonsociaalwerk.nl](http://www.canonsociaalwerk.nl), 1950). Daar was de methode eerder ontwikkeld door mensen als Mary Richmond en Gordon Hamilton (zie [www.canonsociaalwerk.nl](http://www.canonsociaalwerk.nl), internationaal). Populariteit van een methode staat echter niet garant voor effectiviteit, voor een gunstig totaal effect. Dat maakt Fischer in 1973 duidelijk met zijn artikel ‘The effect of casework: a research note’. Daarin bundelt hij resultaten van elf eerder uitgevoerde onderzoeken naar het effect van social casework om tot de slotsom te komen dat het net zo veel effect oplevert als helemaal niets doen, als geen hulpverlening. Er was al eerder kritiek geformuleerd op de effecten van hulpverlening, maar met het werk van Fischer kreeg die plots een internationaal podium. Hij slaagde in zijn opzet: ‘the issue of effectiveness of practice always must be of paramount concern to the pro-

fession and cannot be brushed aside' (Fischer, 1973, p. 5). De internationale vakpers werd na zijn artikel voor jaren gedomineerd door discussies over de vraag of social casework nu wel of niet werkte en via welke methodologie de (afwezigheid van) effecten ervan aangetoond konden worden. Je kan stellen dat zijn vraag 'Does anything work?' nog steeds nazindert in de huidige belangstelling voor evidence based practice. En dat is natuurlijk prima, want verwondering en verbazing zijn de basis voor lerende professionaliteit, voor beroepsinnovatie. Dat wordt geïllustreerd in onder meer de in het volgende hoofdstuk beschreven casus van Glen Mills.

## 2. Casus: van Glen Mills School tot De Sprint

‘Van een veelbelovend maar mislukt experiment naar een nieuwe methodiek?’

In 1999 wordt de Glen Mills School in Nederland geopend met als doel de opvang en resocialisatie van criminele jongeren. De eerste resultaten leken veelbelovend, want deze jongeren toonden erg gunstige recidivecijfers. Zij gingen na behandeling bij Glen Mills minder frequent en minder snel terug het foute pad op. Enkele jaren later waren de reacties zo positief en leek het concept zo succesvol dat er al snel sprake was van de komst van meer van dit soort instellingen voor jeugdige criminelen in Nederland. Zowel de politiek als de publieke opinie leek overtuigd van het werkzame effect. Vrij snel kwam er echter een kanteling en nam de kritiek op Glen Mills toe. Gaandeweg bleken de resultaten toch niet zo spectaculair en de discussie over de effectiviteit van deze opvang barstte los. Erger nog, in 2007 en 2008 verscheen er een zwartboek van de SP gevolgd door kritische boeken en notities. Na vragen in de Tweede Kamer twijfelde het Ministerie van Justitie met het afgeven van een goedkeuring. Vanaf 2009 verandert zowel de naam als methode in De Sprint. Het programma valt voortaan onder de gesloten jeugdzorg. Begin 2010 volgt dan het nieuws dat het initiatief helemaal stopgezet wordt. Hoe kon het zo ver komen?

In dit hoofdstuk beschrijven we de Glen Mills-methode. Welke factoren bepalen het welslagen van een experiment en dragen bij aan de succesvolle invoering ervan? Waardoor verandert het aanvankelijk positieve beeld langzaam in het beeld van een omstreden experiment? Is een koerswijziging nodig om tot een erkende nieuwe methodiek te komen? En in hoeverre is er wel degelijk sprake van evidence based practice? Of spelen publieke opinie en politiek een doorslaggevende rol bij deze (niet) acceptatie?

## Naar een harde aanpak

‘Het groeiende probleem van de jeugdcriminaliteit moet nu maar eens goed aangepakt worden. Zet ze aan het werk maar wel onder bewaking in inrichtingen of kampementen of hoe je het ook wilt organiseren’ (Lubbers, lezing Almere 15 maart 1993).

Nederland kent – net als veel andere landen – al vele jaren de problematiek van de jeugdcriminaliteit. De samenleving wordt steeds gevoeliger voor deze problematiek en zoekt naar nieuwe manieren van aanpak. Uit onderzoeken blijkt dat er grofweg een beperkt aantal type daders te onderscheiden is, van *first offenders* die eenmaal opgepakt weer snel stoppen tot de harde kern die juist moeilijk te veranderen is (Jakobs et al., 2006). Het afglijden naar herhaald crimineel gedrag is een verschijnsel dat vaker voorkomt, vooral onder jongens die gevoelig zijn voor groepsdruk. De negatieve invloed van het meelopen, stoer willen zijn en status verwerven wordt in de hulpverlening algemeen onderkend als ‘machogedrag en verkeerde vrienden’. Het effect van erbij willen horen is een sociaal psychologisch verschijnsel waar jongeren met geringe sociale vaardigheden of problematische thuissituaties gevoelig voor zijn. Het normafwijkende gedrag bestaat uit diefstal en agressie, vaak in combinatie met drugs- of alcoholgebruik. Binnen de groep treden hiërarchie en groepsdynamische processen op. Diverse publicaties in zowel de VS als Nederland (Beke et al., 2006) wijzen op het effect van verkeerde vrienden in combinatie met ontbrekende sociale bindingen, wat leidt tot langdurige probleemsituaties of gedrag. Het is dan ook logisch dat veel onderzoekers pleiten voor een geïntegreerde aanpak van zowel de jeugdige als zijn omgeving (van Acker, 1998), maar daar krijgen zij helaas weinig maatschappelijke steun bij. Het grote publiek spreekt graag in termen van snotneuzen, deugnieten of tuig, probleemjongeren en asociale persoonlijkheden. Steeds vaker roept men om een harde aanpak met bijhorende straffen, want wie niet horen wil moet maar voelen. De slinger ging ooit van bestraffing naar behandeling, maar sloeg internationaal sinds ergens midden jaren tachtig fors terug richting bestraffing en harde aanpak. De zachte aanpak moest plaatsmaken voor de harde hand en het aantal gevangenen en andere vormen van harde aanpak nam significant toe (Garland, 2001). Jongeren met een slecht functionerend geweten zouden volgens deze *common sense*-benadering baat hebben bij een militaire aanpak. In het leger wordt men immers een echte man, zo is op menig verjaardagsfeestje nog steeds te horen.



Het was minister-president Lubbers die al vroeg in de jaren negentig het idee van strafinrichtingen en campussen onder de aandacht bracht. Op een lezing in Almere in het voorjaar van 1993 lanceerde hij de term ‘kampementen’, waarbij hij zaken als jeugdcriminaliteit en werkloosheid aan elkaar koppelde. Door criminele jongeren hard te laten werken in een heropvoedingskamp zouden zij weer moraal en discipline aangeleerd krijgen. Dat dit bij voorkeur onder leiding van oud militairen moest gebeuren, was spraakmakend. De kritiek uit vooral linkse hoek was niet mals, maar het idee werd omarmd door de heersende politieke partijen en al snel kwam er draagvlak en geld voor deze kampementen. Het model was een beetje gebaseerd op de Britse *bootcamps* en kreeg de naam Jeugd Werk Inrichting (JWI). Op 1 januari 1994 startte in het Drentse Veenhuizen deze opvang voor jongeren tussen 18 en 23 jaar. Het ging om jongeren die door de rechter een gevangenisstraf opgelegd hadden gekregen. De hele dag bomen zagen en zware arbeid verrichten en daarna nog lessen of trainingen volgen moest zorgen voor discipline en een gedragsverandering. Het doet denken aan de voorstellen van Coornhert in de zestiende eeuw en de rashuizen en spinhuizen die onder meer in Amsterdam gevestigd waren (zie [www.canonsociaalwerk.nl](http://www.canonsociaalwerk.nl), 1596). Anno 1994 ging het echter om een kortlopende interventie. Als de jongeren de basisopleiding na een halfjaar met goed gevolg afgesloten hadden, mochten ze naar een halfopen setting in hun eigen regio. De bedoeling was om ze daar op een opleiding te plaatsen of werk te geven, waarbij ze via reclassering de nodige nabegeleiding zouden krijgen. Drie jaar later besloot minister Winnie Sorgdrager van Justitie om het experiment niet voort te zetten vanwege tegenvallende resultaten (70 procent recidive) en de hoge kosten. In 2000 werd de stekker er echt uitgetrokken, maar toen had Lubbers allang plaatsgemaakt voor een nieuw Paars kabinet. Onder zijn bewind was nog wel de commissie-Van Montfrans ingesteld, die een studie maakte naar een geschikte aanpak van jeugdcriminaliteit. De nadruk kwam meer te liggen op vroegtijdig ingrijpen, snel en consequent met speciale aandacht voor delinquente gedragingen van kinderen onder de 12 jaar. Bovendien kwamen groepen van Antilliaanse en Marokkaanse afkomst meer in beeld, omdat zij relatief vaak met justitie in aanraking kwamen. Preventie en een integrale aanpak leken de nieuwe toverwoorden.

### **Wat uit Amerika komt, is vast goed!**

Ondanks het verdwijnen van de JWI kwam in 1999 het idee van een harde aanpak voor criminele jongeren via de VS toch weer Nederland binnen. Sinds 1975 is er een Amerikaans programma dat bedoeld is om delinquente jonge-

ren weer op het rechte pad te brengen. Op de zogenaamde Glen Mills School zitten jongeren van 15 jaar of ouder die een normaal IQ hebben, een misdrijf gepleegd hebben en geen stabiele thuissituatie kennen. De school is geen gevangenis, maar beoogt door een positieve groeps cultuur, hiërarchie, status en een gestructureerd onderwijsprogramma het gedrag van de raddraaiers te veranderen. Jongeren leren er vooral om verantwoordelijkheid voor zichzelf en voor anderen te dragen (Hilhorst & Klooster, 2004; Vogelvang, 2006). Deze methodiek kwam uit het Amerikaanse Pennsylvania en werkte daar voor een bepaalde doelgroep, aldus de oprichters. Het aantrekkelijke was de combinatie van een campusmodel, een strenge aanpak met daarnaast eigen verantwoordelijkheid en persoonlijke groei. Dit (her)opvoedingsprogramma baseerde zich vooral op de principes van groepsdynamica, sociale leertheorie en straffen en belonen. Het was Sam Ferrainola (medewerker en later directeur van de Amerikaanse Glen Mills School) die dit nieuwe concept bedacht en ontwikkelde en vanaf 1975 met succes invoerde. Toen hij in 1993 in Duitsland op een congres over jeugdhulpverlening een lezing hield, was Cees van der Kolk – een beleidmedewerker van de Hoenderloogroep – meteen enthousiast. Van der Kolk ging vervolgens naar de VS, bezocht de Glen Mills School en kwam terug met lovende verhalen. Hans Nieuwerkerke, toenmalig directeur van de Hoenderloogroep, zag het idee meteen zitten en ontwikkelde snel een ondernemingsplan. Daarmee stapte hij in 1996 naar Rita Verdonk, de toenmalige directeur justitiële jeugdinrichtingen. Zij zag niets in het plan, maar via hun gezamenlijke VVD-connecties kreeg Nieuwerkerke wel Erica Terpstra (staatssecretaris Welzijn) warm voor een Nederlandse variant. Toen er bovendien een oude kazerneruimte in Wezep vrijkwam, kon in juni 1999 de eerste (en enige) Europese Glen Mills School geopend worden. Het zou niet lang duren voordat iedereen dacht dat dit een serieuze oplossing was voor de jeugdcriminaliteit. Zelfs het kabinet-Balkende II roemde in het regeerakkoord (2003) de voorbeeldwerking van deze nieuwe methode. Nederland was er als de kippen bij om dit concept succesvol te implementeren, maar was dit nu het ei van Columbus? Zou hiermee de jeugdcriminaliteit echt een stuk verminderen? Sterker nog, zou vernieuwing in de hulpverlening plaatsvinden op basis van wat enthousiaste verhalen en een politieke lobby in plaats van op wetenschappelijk bewezen methoden?

## Een vliegende start

De Glen Mills School gaat in 1999 – na een bezoek door het nieuwe personeel aan het Amerikaanse voorbeeld – voortvarend van start. De doelgroep bestaat uit jongens die 14 jaar of ouder zijn, normaal begaafd zijn en veel criminaliteit in groepsverband gepleegd hebben. Het principe is dat deze jongeren gevoelig zijn voor groepsdruk en zich op basis van positieve bekrachtiging, gedragstherapie en een hiërarchisch systeem weer goed zullen gaan ontwikkelen. De harde aanpak lijkt resultaat te hebben en jongeren promoveren al snel tot *bulls*, waardoor zij leidinggevende kwaliteiten kunnen demonstreren. In feite wordt jongeren prosociaal gedrag aangeleerd door ze verantwoordelijk voor elkaar te maken, waarbij de groep als positieve factor fungeert. Het individuele belang moet bijdragen aan het groepsbelang en daarin vindt motivatie en controle plaats. De opname duurt gemiddeld anderhalf jaar en is behalve op gedragsbeïnvloeding ook gericht op scholing en het vinden van werk. De eerste resultaten worden met trots gepresenteerd en zouden tot 70 procent vermindering van recidive leiden. Dit betrof cijfers die al in de VS behaald waren en volgens de directie van Glen Mills al vrij snel na de invoering ook in Nederland bereikt zouden kunnen worden. Een mooi voorlichtingsboekje, *Uitzicht zonder tralies*, vergezelt de introductie van deze nieuwe methodiek in Europa (van der Kolk & van den Berg, 1999). De PR-machine loopt goed. Veelvuldig bezoek van afgevaardigden van allerlei politieke fracties zorgt ervoor dat er niet alleen landelijk maar binnen no time ook in de gemeenteraden van Tilburg, Leeuwarden en Amsterdam gesproken wordt over mogelijke dependances of nieuwe vestigingen van de Glen Mills School.

Na een aantal jaren volgen de eerste rapportages van WODC en de Inspectie Jeugdzorg die toch kritischer zijn. Deze rapporten presenteren veel lagere cijfers en stellen vragen bij de succesvolle re-integratie. Ondanks de soms negatieve publiciteit rondom de aspecten van drillen en mishandeling blijft er een hardnekkig geloof dat de harde aanpak en groepsfactor nodig zijn en op den duur tot verandering zullen leiden.

Als cineast Theo van Gogh in 2004 een film maakt (*Cool*) met in de hoofdrollen zowel jongeren van de Glen Mills School als Katja Schuurmans, Johnny de Mol en minister Gerrit Zalm (VVD), lijkt dit wederom een positief PR-effect te hebben. Men zou bijna vergeten dat in datzelfde jaar onderzoekers hun eerste vraagtekens plaatsen (van der Laan, et al., 2004). In de Tweede Kamer verwijzen zowel de VVD als Leefbaar Nederland

dat jaar regelmatig naar de Glen Mills School als een succesvol project. Premier Balkenende koppelt het zelfs aan zijn ‘Normen en waarden’-offensief. De toenmalige minister van Justitie, Piet Hein Donner, is echter wat terughoudender en wil eerst meer onderzoek.

De Hoenderloogroep laat als uitvoerende organisatie van de Glen Mills School vanaf het begin regelmatig evaluaties houden, vooral door huisonderzoekers. Om meer objectiviteit te verkrijgen, huurt men in 2005 een officieel onderzoeksbureau in met de opdracht om de kracht van de methode te beschrijven. Dit Bureau van Montfoort legt in zijn eindrapport veel nadruk op factoren zoals groepseducatie en respect (Vogelvang, 2006). Daardoor zou de methode zo succesvol zijn. Het rapport probeert vooral een theoretische onderbouwing te geven door uitgebreid verbindingen te leggen met de sociale leertheorie, groepsdynamica, het sociologische perspectief en de morele ontwikkelingstheorie. Het gaat hierbij vooral om *what works*, met bescheiden aandacht voor kritische of negatieve factoren. De periode van 1999 tot 2004 lijkt vooral in het teken te staan van een nieuwe methode die – ondanks wat kritiek – toch vooral een succesverhaal wil, moet en kan zijn.

## Resultaten en vergelijkingen, effecten en kritiek

Het ministerie heeft dan al 150 plaatsen bij de Glen Mills School ingekocht voor de behandeling van jeugdige criminelen. Als de eerste non-recidivecijfers wat minder hoopvol dan voorspeld blijken te zijn, is er – aldus directeur Hans Nieuwerkerke – altijd nog het argument dat de Glen Mills School beter is dan onvrijwillige opsluiting en bovendien goedkoper dan vergelijkbare jeugdinstellingen zoals Den Engh. Tevens heeft de algemene opinie een sterk geloof in een harde aanpak van jonge veelplegers en geloven ook politici graag in het heropvoedingideaal. De orthopedagoog Cees van der Kolk van de Glen Mills School spreekt over ‘goede jongens die slechte dingen gedaan hebben’.

De school is geen gesloten inrichting. Wel loopt er een witte streep bij de poort als markering van tot waar de jongeren zich mogen begeven. In combinatie met de groepsdruk (die jongeren elkaar zelf opleggen!) is er zo toch beperking van bewegingsruimte. Deze manier van werken zorgt ervoor dat de aanpak in ieder geval humaner klinkt dan een jeugdgevangenis met hekken.

Het succesverhaal lijkt echter vanaf 2004 de nodige barstjes te gaan vertonen. Verhalen over ondeskundig en grof personeel, ontoelaatbare *holding-*

technieken (vastpakken en vasthouden van cliënten) en grote terugvalpercentages duiken regelmatig op in de media. Opvallend is dat er met zogenaamd 'bekwaam' personeel gewerkt wordt waarvan eerder achtergrond en persoonlijkheid (stevig, stabiel, ex-sportinstructeurs en militairen) dan een pedagogische opleiding een rol spelen. Ook vanuit wetenschappelijke hoek komen kritische geluiden en zet men vraagtekens bij het idee dat een Amerikaanse methodiek gebaseerd op het harde bende- of 'gang/gangster'-concept zomaar naar een ander maatschappelijk bestel overgezet kan worden. Onderzoekers als Peter van der Laan en Josine Junger-Tas uiten op studiedagen en via publicaties steeds meer hun twijfels en wijzen op het eenzijdig inzetten op gedragsverandering waarbij factoren als gezin en sociale positie uit het oog lijken te zijn verloren. De vraag naar meer wetenschappelijk onderzoek neemt toe. Het onderzoeksbureau de DSP-groep komt in 2004 met een eerste rapportage, die over het geheel gezien gematigd kritisch is maar uitgaat van een degelijke basis (Hilhorst & Klooster, 2004). Het rapport benoemt zes positieve, acht twijfelachtige en vijf minder werkzame factoren en doet aanbevelingen ter verbetering. Het duurt tot eind 2007 en begin 2008 voordat de rapporten van het WODC en de Inspectie Jeugdzorg verschijnen. Hierin zijn de oordelen beduidend strenger en worden openlijk twijfels geuit of de Glen Mills School op deze manier wel werkt. Het WODC heeft onderzoek gedaan naar de recidivecijfers en komt tot de teleurstellende conclusie dat 47 procent binnen een jaar weer terugvalt en dit cijfer loopt zelfs op tot 78 procent binnen drie jaar. Daarmee scoort de Glen Mills School zelfs hoger dan vergelijkbare inrichtingen, waarbij we wel de kanttekening moeten maken dat de Glen Mills School een zwaardere doelgroep kent dan de Justitiële Jeugdbehandelinrichtingen.

De Inspectie veroordeelt vooral het gebruik van de holding als agressie-regulerende techniek, die mag in een open instelling voor jeugdzorg niet toegepast worden. De Tweede Kamer en de minister worden hierdoor gedwongen in te grijpen. Door voortaan een gesloten karakter toe te kennen aan de Glen Mills School kan de instelling blijven functioneren. Dit betekent dat de instelling aan een aantal eisen moet voldoen en vanaf juni 2008 een jaar de tijd krijgt om zijn methodiek bij te stellen.

Vooraf het zwartboek van de SP en het boek van John Maes gaan echter verder in hun kritiek en spreken van een mislukt experiment (Maes, 2008; van Velzen & Broekhuijs, 2008). Zij vragen zich hardop af waarom de politiek er de stekker niet uittrekt.

## Wel of geen acceptatie van de methodiek?

Het Sociaal en Cultureel Planbureau komt in 2008 met een nota waarin wordt gekeken naar het Nederlandse veiligheidsbeleid en wordt geconstateerd dat er tot op heden vrij weinig echt goede effectevaluaties zijn gehouden. Uit allerlei rapporten blijken preventieve en vooral ambulante methoden het meeste effect te hebben – dankzij een aanpak gericht op de persoon in combinatie met de omgeving en dus niet met kampementen zoals de Glen Mills School. Het SCP concludeert meermaals dat er weinig optimistische resultaten zijn behaald met allerlei disciplinaire heropvoedinginstituten: ‘Bij jongeren lijkt een ambulante setting hiervoor gunstiger dan een residentiële. Zeker residentiële programma’s gericht op heropvoeding door de jongeren te disciplineren, zoals de Glen Mills School, werken niet of hebben soms zelfs een averechtse uitwerking’ (van Noije & Wittebrood, 2009, p. 82).

Daarom lijkt het beter voor de toekomst van jongeren om hen in ieder geval positief gedrag aan te leren, aldus het SCP. Vanaf januari 2010 gaan alle justitiële jeugdinrichtingen werken met een zelfde methodiek genaamd YOUTURN, een combinatie van het socialecompetentiemodel met Equip.

In het kader van evidence based werken wordt sinds een paar jaar op landelijk niveau naar werkzame methoden, onderzoek en effectiviteit gezocht. Het NJi (Nederlands Jeugdinstituut) heeft een uitgebreide databank van effectieve methodieken aangelegd, inclusief een overzicht van methodieken die om een diversiteit van redenen niet opgenomen zijn. Het instituut bekijkt of bepaalde methoden verantwoord onderzocht zijn en aantoonbaar effectief zijn. De Glen Mills School wordt genoemd in de lijst van niet opgenomen interventies. Als reden wordt opgegeven dat de instelling niet erkend is door het Panel Jeugdzorg en niet meer uitgevoerd wordt (toestand maart 2010).

Daarnaast heeft het Ministerie van Justitie de Erkenningcommissie Gedragsinterventies Justitie in het leven geroepen. Deze onafhankelijke instantie met hoogleraren en werkvelddeskundigen moet niet alleen beoordelen welke interventies tot recidivevermindering leiden, maar kan ook de minister van Justitie van advies voorzien. Op de site van het ministerie publiceert deze commissie in 2008 haar eerste resultaten, waarbij vier methoden erkend en negen methoden voorlopig erkend worden. Daaronder zijn diverse socialevaardigheids- en terugkeertrainingen, maar niet het Glen Mills-programma. De minister zag zich dat jaar genoodzaakt al een waarschuwing uit te spreken en verbeteracties te eisen van de Glen Mills School. Inmiddels neemt het aantal erkende interventies toe, maar het ministerie wil via het WODC

de komende jaren graag meer onderzoek naar de effectiviteit van jeugdinterventies.

Toch blijkt onder andere uit de wachtlijsten dat de behoefte aan gesloten inrichtingen in Nederland toeneemt en minister Rouvoet zegt in oktober 2008 toe hierop in te zetten door meer plaatsen te creëren. In het nieuwe beleid hoeven civielrechtelijk gestrafte jongeren niet meer automatisch in een Justitiële Jeugdinstelling geplaatst te worden. Zij kunnen sinds 2008 ook in een gesloten jeugdinrichting terecht. Dit noemt men jeugdzorg Plus, waarbij er een sterk geloof is in de combinatie van een behandeling en opsluiting in een residentiële setting. Het regeringsprogramma 'Aanpak Jeugdcriminaliteit' had als doel om in 2010 een vermindering van 25 procent tot stand te brengen door sneller in te grijpen, bij overlastgevende jeugd preventief op te treden en een meer gerichte aanpak van veelplegers. 'Veiligheid begint bij voorkomen' luidt de nogal optimistische titel van dit overheidsprogramma. Opvallend genoeg ligt daarbij toch weer veel accent op vormen die lijken op de Glen Mills School, zoals schoolcampussen. Deze worden nu gecombineerd met gezins- of wijkprogramma's zoals MST (Multiple System Theorie) of YAR (Youth at Risk). Het geloof in de heropvoeding via harde fysieke aanpak en groepsdruk in kampementen of scholen is blijkbaar hardnekkig en standvastig. Gaat het daarbij niet eerder om de omgeving te beschermen en het grote publiek tevreden te stellen dan om de vraag wat werkt?

In de loop van 2009 blijkt de gemeente Eindhoven ook plannen te hebben om een zogenaamde Eindhovense Sociaal Maatschappelijke School op te richten. Doelgroep zijn jongeren van 12 tot 18 jaar die niet meer naar school gaan en moeilijk te motiveren zijn. De school gaat voor een proefperiode van twee jaar van start. Tevens wil de gemeente samen met het Ministerie voor Defensie en dat van Jeugd en Gezin een Internaat Eindhoven oprichten. Doelgroep hier zijn de drop-outs die bovendien een stevige structuur en 24-uursbegeleiding nodig hebben. Begin 2010 komen deze plannen nog moeilijk van de grond doordat het vinden van goede instructeurs tegenvalt. Zijn deze Eindhovense plannen een nieuwe variant op de Glen Mills-methode? Ook hier treffen we principes aan als scholing, discipline bijbrengen en toewerken naar een baan. Hoewel de Glen Mills School ten onder lijkt te zijn gegaan aan vooral de militaristische aanpak en de weinig pedagogische methoden, fungeerde zij wel als school waarvan de meeste leerlingen na afloop met een vmbo-diploma vertrokken: een niet onbelangrijke voorwaarde om later maatschappelijk succesvol te zijn en dus toch een positieve succesfactor.

Wellicht nog een saillant detail: sinds kort bestaat Phorza, de beroepsvereniging van de sociale sector, die de kwaliteit van de beroepsbeoefenaren wil verbeteren door deskundigheidsbevordering en door het meer gebruikmaken van evidence based methodieken. Opmerkelijk is dat hierbij Hans Nieuwkerke als nieuwe voorzitter genoemd wordt, die we ondertussen kennen als ex-directeur van de Hoenderloogroep. Binnen de Glen Mills School werkte hij nog met nauwelijks pedagogisch opgeleid personeel en nu is hij de nationale pleitbezorger voor professionalisering van dit beroep.

Tot slot: wat is er met de Glen Mills-methode in Nederland gebeurd? De landelijke discussie over de Glen Mills School heeft ertoe geleid dat de instelling sinds 1 januari 2009 onder het Ministerie van Jeugd en Gezin gaat vallen en daarmee een van de nieuwe gesloten 'jeugdzorg-plus'-instellingen wordt. De Amerikaanse variant van de Glen Mills School is niet zo blij met alle kritiek en veranderingen en zou graag een naamsverandering zien. Ook onderzoeker Peter van der Laan pleit voor zowel een methodiek als naamswijziging. Vanaf 1 juni 2009 start de Glen Mills School met een nieuwe behandelmethode, waarbij meer nadruk komt te liggen op individuele jongeren, hun omgeving en terugkeer in de maatschappij. Deze trajectbenadering zal voortaan De Sprint gaan heten en men laat in de loop van 2009 de oude naam en methode Glen Mills daadwerkelijk vallen.

Binnen die nieuwe benadering zijn drie fasen te onderscheiden. In de eerste fase volgen jongeren een programma binnen de school dat gericht is op groepsdynamica met individuele leerdoelen. In de tweede fase komen de individuele ontwikkeling en toekomst (zoals school, werk) meer in beeld en de laatste fase speelt zich af in de eigen leefomgeving. Belangrijk is dat het gezin meer betrokken zal gaan worden door gezinsprogramma's zoals MDFT (Multidimensionele Familiotherapie, een Amerikaans behandelprogramma). Dit alles in de hoop op een succesvolle re-integratie of terugkeer in de maatschappij. De Hoenderloogroep wil samenwerken met wetenschappers en professionals en laat zich beoordelen door de erkenningscommissie van het NJi/RIVM. Zomer 2009 zijn slechts 31 van de 150 beschikbare bedden bezet bij De Sprint (*Trouw*, 22 september 2009). Volgens Jacqueline Vonk, de directeur van De Sprint, is dit een gevolg van de negatieve publiciteit rondom de oude naam. De nieuwe trajectmethodiek van De Sprint kan echter de belofte van de Glen Mills School niet waarmaken en in maart 2010 wordt aangekondigd dat het hele initiatief stopt.



En toch zien we dat het CDA en de VVD in het voorjaar van 2010 in hun verkiezingsprogramma weer expliciet de heropvoedingskampen en een strenge aanpak van jeugdcriminaliteit opnemen. Gaat de geschiedenis zich herhalen of trekken we lessen uit het verleden? Begint dit niet een beetje te lijken op kwakzalverij, op het hardnekkig geloof in alternatieve geneeswijzen waarvan keer op keer aangetoond wordt dat ze geen effect hebben?

### 3. De onverwachte duurzaamheid van kwakzalverij

#### Nederlandse schilderkunst

Het Museum Boymans-van Beuningen in Rotterdam heeft in zijn collectie een boeiend schilderij van de zeventiende-eeuwse schilder Gerrit Dou, een student van Rembrandt. Het schilderij uit 1651 draagt de naam *De kwakzalver*. Het toont een groepje mensen dat tijdens een kermis bij de Blauwpoort in Leiden staat te luisteren naar een kwakzalver die zijn waren aanprijst. Dou gebruikt een paar symbolen om aan te geven dat de toehoorders bedrogen worden. Zo staat er rechts een oude vrouw te aandachtig te luisteren die ondertussen wordt bestolen door een jongen. Een andere vrouw wil de waren van de kwakzalver wel kopen, maar merkt niet dat haar buurman zowat in haar decolleté verdrinkt. En om het helemaal duidelijk te maken heeft de kwakzalver een aapje bij zich. Wie wordt hier voor aap gehouden?

Het geheel klopt ook wel met de beelden die we hebben bij het niveau van de geneeskunde van die tijd. Het werk van Andreas Vesalius en William Harvey had al wel de kennis over het menselijk lichaam grondig uitgebreid en vroegere foute denkbeelden gecorrigeerd, maar medisch handelen was toch nog veelal amateuristisch en ingegeven door verkeerde informatie. Vooral de toenmalige populariteit van aderlaten staat daarvoor symbool (Starr, 1998). Medische interventies werden nog niet geïnspireerd door evidence based practice, door een strenge selectie gericht op het overhouden van alleen die handelingen die ook resultaat opleverden.

Wat echter in deze context wel bevreemdend is, is de voortdurende populariteit van kwakzalvers tot op heden, de onverwachte duurzaamheid van dat verschijnsel. Je zou zelfs de televisiereeks *Uitgedokterd?!* die de NCRV in midden 2008 uitzond kunnen zien als hedendaagse variant op het schilderij van Gerrit Dou (zie <http://uitgedokterd.ncrv.nl/>). Het moderniseringsproces (sinds de achttiende eeuw) en de onderliggende rationalisering en verwetenschappelijking van het maatschappelijk leven hebben blijkbaar geen daling betekend van de populariteit van het niet-rationele. Het aanbod aan alternatieve geneeskunde is groot. Wie een boekhandel of openbare bibliotheek

binnenloopt hoeft niet lang te zoeken om een ruime hoeveelheid van boeken over alternatieve geneeswijzen te vinden. En voor wie het allemaal niet meer overziet, is er zelfs een *Alternatieve geneeswijzen voor Dummies*.

Het aanbod is niet alleen groot, maar ook heel divers. De bekendste alternatieve genezer in Nederland is wellicht Jomanda. Tijdens grootschalige evenementen begin jaren negentig en later zelfs via de radio 'straalde' ze flessen water geneeskundige kracht in. Helaas stelde de actrice Sylvia Millecam net iets te veel vertrouwen in Jomanda, waardoor haar kanker vrij spel kreeg, wat in 2001 leidde tot haar voortijdig overlijden.

Maar er zijn meer voorbeelden van kwakzalverij in Nederland. Er zouden ongeveer 22.600 beoefenaars van alternatieve geneeskunde zijn (van Dijk, 2003, p. 25). Zij houden zich bezig met de bekendere vormen zoals natuurgeneeskunde, acupunctuur, homeopathie en chiropractie, maar ook met minder bekende vormen als winti, iriscopie, mazdaznan en sjamanisme. En waarom geen oorkaarttherapie proberen, of reïncarnatietherapie? Het is allemaal beschikbaar.

Dergelijk groot en divers aanbod kan alleen maar bestaan en overleven bij de gratie van vraag. De jaarlijkse gezondheidsenquête laat zien dat het aantal burgers dat een alternatieve genezer bezocht steeg van 6,6 procent in 1981 naar 10 procent in 2008. Voor 7,2 procent van de Nederlandse bevolking gaat het om een bezoek aan een specifieke alternatieve genezer, dus niet om een huisarts die naast traditionele ook alternatieve gezondheidszorg uitoefent (bron: CBS).

Het is maar de vraag of alternatieve geneeskunde en kwakzalverij zich tot het domein van de geneeskunde beperken. Ook in sociale hulpverlening kan er sprake zijn van alternatieve interventies en kwakzalverij. Het gaat dan wel niet meer om acupunctuur of homeopathie, maar om andere interventies die een vergelijkbare positie hebben. Zo bleek na een onderzoek van *de Volkskrant* in de zomer van 2007 dat in re-integratietrajecten soms gewerkt werd met tarotkaarten en horoscopen. Deze door de overheid gesubsidieerde alternatieve hulpverlening leidde tot discussies in het parlement. Maar hoe zit het met andere sociale interventies? Hoe verhouden de methoden of perspectieven presentie, empowerment, de ABCD-methode en Triple P en anderen zich tot kwakzalverij? Op grond waarvan noemen we het ene kwakzalverij en het andere een volwaardige sociale interventie?

Om de discussie daarover te kunnen voeren, is het nodig de gehanteerde begrippen te verduidelijken. Het begrip kwakzalverij moet nader omschreven

en ontrafeld worden. Er zijn immers twee dimensies te onderscheiden waarop handelen al dan niet kwakzalverij kan zijn: de dimensie van de effecten en de dimensie van de onderliggende theorie. Daarop wees ook de Britse Royal Society: 'Attention is drawn to the need to distinguish between the theory underlying a therapeutic technique and its effectiveness. The theory may be wrong and yet the technique may work' (Royal Society, 1999).

## De dimensie van de effecten

Bepaalde medische of sociale interventies worden uitgevoerd omdat men er bepaalde effecten mee hoopt en denkt te bereiken. Een patiënt krijgt chemotherapie om kanker te bestrijden, iemand krijgt medicijnen en bewegingsadvies tegen lage rugpijn, men zet jongerenwerkers in een bepaalde wijk in om overlast terug te dringen.

Ten aanzien van de relatie tussen interventies en effecten kan een onderscheid gemaakt worden tussen drie vormen van hulpverlening. Er is de *bewezen effectieve hulpverlening*, waarvan onderzoek heeft aangetoond dat de beoogde doelen voor de specifieke doelgroep via de uitgevoerde interventie gehaald worden. Deze vorm van hulpverlening valt binnen de evidence based practice. Een tweede vorm van hulpverlening laat zich omschrijven als *'voordeel van de twijfel'-hulpverlening*: er is nog geen onderzoek uitgevoerd naar effectiviteit of de resultaten van dergelijke onderzoeken leiden (nog) niet tot een duidelijke uitspraak over de effectiviteit. Dat kan bijvoorbeeld zijn omdat het probleem en de interventie gloednieuw zijn. Een voorbeeld daarvan is te vinden in het risico op radicalisering van moslimjongeren en het gevaar op rellen naar aanleiding van de film *Fitna* van Geert Wilders. Dit leidde in maart 2008 tot veel inzet van jongerenwerkers, maar die stonden natuurlijk voor een niet eerder geziene uitdaging, er was geen *evidence* beschikbaar. En ten slotte is er de derde vorm van hulpverlening, die we als *kwakzalverij* omschrijven. Daaronder vallen al die interventies waarvan onderzoek heeft aangetoond dat de gewenste effecten niet optreden (desgevallend zijn er wel ongewenste effecten) en interventies waarvan de uitvoerders jarenlang weigerden mee te werken aan effectonderzoek. Wie doorgaat met het aanbieden van dergelijke vormen van hulpverlening is een charlatan die uit is op eigen gewin (inkomsten genereren, status verwerven) of zo overtuigd is van het eigen gelijk dat het oordeel van de wetenschap er niet langer toe doet.

## De dimensie van de onderliggende theorie

Bepaalde medische of sociale interventies worden uitgevoerd omdat men onderliggende theorieën hanteert over de reden waarom een bepaalde interventie de gewenste resultaten zal veroorzaken. Er ligt een causaal model onder het professioneel handelen dat verklaart waarom precies die interventie zal werken. Ook hier kan een onderscheid gemaakt worden in drie vormen van causale modellen. Er zijn de *modern-rationele modellen* die verklaringen zoeken volgens de huidige stand van zaken in de wetenschap en gebruikmaken van waarneembare kenmerken. Er zijn vervolgens de *'voordeel van de twijfel'-modellen*, die de rafelranden van de wetenschap verkennen met gewaagde hypothesen of nieuwe vormen van waarneming. Soms leiden dergelijke modellen tot belangrijke vernieuwingen, zoals midden negentiende eeuw toen het model van John Snow over vervuild water als oorzaak van cholera nog niet rationeel gevat kon worden bij gebrek aan inzicht in microbiologie, maar later wel juist bleek te zijn (Hempel, 2006; Johnson, 2006). Snow zag wel de effecten en had een onderliggende theorie, maar de wetenschap was er door gebrek aan goede waarnemingstechnieken nog niet aan toe die te (h)erkennen. En tenslotte zijn er de *kwakzalverijmodellen*, die tegengesproken worden door de gangbare vormen van modern-rationeel denken en wetenschap en zich niet tot die denkkaders proberen te verhouden.

Combinatie van beide dimensies leidt tot volgend overzicht:

| dimensie van de effecten                | dimensie van de onderliggende theorie |
|---|---------------------------------------|
| bewezen-effectieve hulpverlening        | modern-rationele modellen             |
| 'voordeel van de twijfel'-hulpverlening | 'voordeel van de twijfel'-modellen    |
| kwakzalverijhulpverlening               | kwakzalverijmodellen                  |

Er ontstaan hierdoor twee dimensies waarop bepaalde vormen van handelen en hulpverlening als kwakzalverij aangemerkt kunnen worden. Behandelingen zoals die van Jomanda met 'ingestraald' geneeskrachtig water zijn op beide dimensies kwakzalverij. Er is geen onderzoek gedaan of mogelijk gemaakt naar effecten en de onderliggende theorie heeft nergens aanknopingspunten met moderne denkkaders.

Hetzelfde geldt voor homeopathie. Er is nergens onderzoek beschikbaar dat aantoonst dat homeopathie effecten oplevert (Singh & Ernst, 2008, hoofdstuk 3). Wel zijn er situaties bekend waar gebruik van homeopathie gevaren op-

levert omdat geen of te laat traditionele gezondheidszorg wordt gezocht. De Wereldgezondheidsorganisatie maakt zich grote zorgen dat behandelingen uit de traditionele geneeskunde stopgezet worden ten voordele van homeopathie. Bovendien kost homeopathie geld, zowel van individuele patiënten als van de gezondheidszorg. Het Britse parlement pleitte er daarom begin 2010 voor dat bij gebrek aan aantoonbare effecten de National Health Service alle behandelingen en vergoedingen voor homeopathie zou stopzetten.

Bovendien staat de onderliggende theorie van homeopathie haaks op hedendaagse wetenschap. Homeopathische geneesmiddelen kennen een extreem hoge mate van verdunning, waarbij een actief bestanddeel veelvuldig gemengd worden met een neutrale stof: 'De huidige homeopathische verdunningen liggen meestal tussen 6X (1/1000 000) en 30X (1/1000 000 000 000 000 000 000 000 000), ofschoon ook producten van 30C (een getal met zestig nullen na de komma) courant zijn' (Meuleman, 1998). Dat krachtig schudden bij elke stap in het verdunningsproces de informatie van de werkzame stof zou overdragen op de neutrale stof (basisidee van de homeopathie) kan niet door gangbare wetenschappelijke theorieën verklaard worden. Er is dan ook een internationale prijs uitgelooft van 1 miljoen dollar voor wie onderscheid kan maken (via scheikundige analyse of anderszins) tussen een homeopathisch medicijn en de neutrale stof die ter verdunning gebruikt is. Tot op heden heeft niemand de prijs geclaimd. Homeopathie wordt door wetenschappers algemeen als kwakzalverij beschouwd, wat het des te vreemder maakt dat burgers er massaal gebruik van blijven maken. De economische omvang van homeopathie in Nederland is behoorlijk, maar goed, ook Dou's kwakzalver zal wel een aardige duit bij elkaar gesprokkeld hebben. Dat (aanvullende) zorgverzekeringen homeopathische behandelingen vergoeden heeft echter meer te maken met de populariteit van de methode en het marktaandeel van de verzekeraars dan met aantoonbare effecten van de homeopathische interventies.

Bij een behandeling als acupunctuur ligt dit minder eenduidig. Er zijn verschillende onderzoeken die aantonen dat een behandeling met acupunctuur bij aandoeningen als lage rugpijn wel degelijk leidt tot verlaagde pijn, en dus een behandeling is met heilzame effecten. Op het niveau van de effecten zou hier dus erg voorzichtig gesproken kunnen worden van een bewezen effectieve hulpverlening. We schrijven 'voorzichtig', omdat meer onderzoek nodig is naar welke doelgroepen met welke aandoeningen hoeveel baat hebben van acupunctuur.

Op het niveau van de onderliggende theorie is dat echter niet het geval. Acupunctuur is afkomstig uit de traditionele Chinese geneeskunde en gaat uit van

levenskracht (Qi of Ch'i genoemd) die via vlak onder de huid lopende meridianen door ons lichaam stroomt (van Dijk, 2003, p. 39 e.v.). Zo zijn er twaalf, die telkens bij een hand of voet beginnen/eindigen. Alle levensenergie zou in 24 uur door alle meridianen stromen en zo een volledige cyclus afleggen. Over die meridianen verdeeld liggen ongeveer 950 stimulatiepunten, telkens ongeveer 2 millimeter in doorsnee. Door naalden op die punten te steken kunnen de stromen van levenskracht beïnvloed worden en fouten hersteld worden. Deze onderliggende theorie strookt niet met de huidige westerse denkkaders, en het bestaan van noch de levenskracht noch de stimulatiepunten is ooit via gangbare waarnemingsmethoden vastgesteld. Bovendien lijkt de theorie er niet veel toe te doen, want nepacupunctuur waarbij naalden naast de zogenaamde stimulatiepunten gestoken worden heeft hetzelfde effect als 'echte' acupunctuur (Madsen et al., 2009). Ander onderzoek toonde dan weer aan dat het soort naalden ook niet echt belangrijk is, dat zelfs met tandenstokers eenzelfde effect bereikt wordt (Cherkin et al., 2009). Binnen de acupunctuur is er ook discussie over de hoeveelheid meridianen, of het er twaalf dan wel veertien zijn. Maar hoe voer je die discussie als meridianen en levenskracht niet waar te nemen zijn?

Op het niveau van de onderliggende theorie zou acupunctuur misschien omschreven kunnen worden als 'voordeel van de twijfel'-model, op voorwaarde dat alternatieve waarnemingstechnieken ontwikkeld worden waardoor de levenskracht wel waargenomen kan worden en verklaringen waarom echte en nepacupunctuur dezelfde effecten hebben. In afwezigheid daarvan is acupunctuur kwakzalverij en moeten alternatieve verklaringen gezocht worden voor de vastgestelde effectiviteit ervan.

Een dergelijke zoektocht naar werkzame ingrediënten van alternatieve behandelingen die toch effectief blijken te zijn, kan leiden tot innovatie. Dat wordt geïllustreerd bij de ontwikkeling van nieuwe medicijnen. Daarbij wordt gekeken naar traditionele maar effectieve behandelingen met kruiden of planten om te bepalen welke stof uit die kruiden of planten precies het effect bewerkstelligt. Deze vorm van farmacologie noemt men *ethno-pharmacology* of *reverse pharmacology*. In de wereld van de technologie staat het proces bekend als *reverse engineering*. Eerst zijn er de soms door eeuwenoude traditie overgeleverde aantoonbare heilzame effecten, pas daarna volgt de verklaring waarom een en ander werkt. Het is een vorm van practice based evidence! Bekend voorbeeld is de stof curare, die door indianen in Zuid-Amerika gebruikt werd voor gifpijlen en door de moderne geneeskunde opgenomen is als werkzame stof bij verdovingen, bijvoorbeeld tijdens operaties. Het gebruik van kinine in

de behandeling van onder meer malaria gaat terug op traditionele behandelingswijzen van Quechua-indianen in Peru.

## Waarom helpt het soms, ook als het niet werkt?

Dat een pelgrimstocht naar Santiago de Compostella een goddelijke interventie kan uitlokken en heilzaam zijn voor depressie of andere kwalen geloven weinigen. Toch zijn er situaties waarin zo'n bedevaart wel heilzaam is. God helpt niet, maar de tocht wel. De vraag is dan waarom. Promotieonderzoek liet zien dat het vooral het lange wandelen en lopen is dat een heilzame werking heeft (Albers, 2007): 'Wie de bus naar Lourdes neemt, zal vergeefs wachten op deze vorm van genezing.'

Zo ook kan in andere situaties gezocht worden naar alternatieve verklaringen voor iets wat niet werkt maar toch helpt, verklaringen voor effectieve interventies waarvan de onderliggende theorie niet aanvaard wordt. Het placebo-effect is daarin het meest genoemde element. Het placebo-effect mag niet verward worden met een placebo als zodanig. Een placebo is een interventie waarin geen werkzame bestanddelen verwerkt zitten, zoals een medicijn met neutrale stoffen, een 'lege pil'.

Om het placebo-effect te onderscheiden van een placebo, is het handig een driedeling te maken in effecten die kunnen optreden na een behandeling (Rovers, 2007). Daartoe behoren in de eerste plaats de zogenaamde *specifieke behandeffecten*, dat wil zeggen de effecten die terug te leiden zijn naar de werkzame bestanddelen van de interventie. Vervolgens zijn er de *natuurlijke effecten*, dat wil zeggen de veranderingen die ook zouden zijn opgetreden zonder enige interventie. Als we griep hebben gaan we massaal naar de dokter voor medicijnen, terwijl er geen medicijnen zijn die het herstelproces versnellen. Alleen de ongemakken worden wat minder. Herstelen van een griep is voor de grote meerderheid van de grieppatiënten een natuurlijk proces, dat hoogstens met rust en veel drinken wat sneller kan verlopen en waarvan met pijnstillers de scherpe kantjes vermeden worden.

En dan zijn er de *non-specifieke behandeffecten*, beter bekend als het placebo-effect. Het is dat deel van de effecten van een interventie dat niet toe te schrijven is aan specifieke behandeffecten of natuurlijke ontwikkeling. De oorzaak van de effecten, het werkzame ingrediënt, ligt niet in de interventie maar in de personen die erbij betrokken zijn en hun geloof in de effecten. Dat geloof is niet betekenisloos, want het veroorzaakt ook echt de gehoopte effecten, volgens het oude adagium 'hoop doet leven'. Om die reden wordt voorgesteld om niet meer over het placebo-effect te spreken, maar over het *belief-effect*: 'This



suggests that it is somehow misleading to talk about the *placebo* effect. Such talk obscures the fact that the effect must be due not to the placebo itself, but to the *beliefs* of the person who is taking it. Perhaps we should speak, instead, of the “belief effect” (Evans, 2003, p. 80).

Het placebo- of belief-effect bestaat niet alleen bij placebo's (lege pillen). Elke interventie kan placebo- of belief-effecten hebben, ook als er wel werkzame stoffen in zitten. Zo zou 80 procent van het totale effect van een aantal populaire antidepressiva in het belief-effect zitten, en maar 20 procent van het effect een specifiek behandelings-effect zijn (Kirsch et al., 2002). Wie Prozac koopt, zou dus maar 20 procent voor actieve stoffen betalen en 80 procent voor marketing en hoop.

Ook in de sociale sector is er sprake van het belief-effect. Ben Rovers verwijst in zijn oratie naar Ome Jan, die in Hoogvliet een boksschool organiseert voor risicjongeren en hen met succes op school probeert te houden. De boksschool kan echter niet zomaar overgeplaatst worden naar Groningen of Eindhoven, omdat de kracht waarmee Ome Jan in zijn aanpak gelooft een belangrijk werkzaam ingrediënt is. De hypothese van Rovers is daarom: ‘Een interventie is succesvoller wanneer een groter aantal betrokkenen gelooft in het succes ervan’ (Rovers, 2007).

Het totale effect van een medische behandeling of sociale interventie is dus de som van de specifieke behandelings-effecten, de non-specifieke behandelings-effecten of het belief-effect en de natuurlijke effecten. Elk van deze grootheden kan ook negatief zijn, maar gecompenseerd worden door de andere grootheden. Zo is het denkbaar dat een bepaalde interventie een klein negatief specifiek behandelings-effect heeft, maar dat de non-specifieke effecten dermate positief zijn dat het totale effect nog positief is. In dat geval is het uitvoeren van de interventie nog relevant. Als het positieve effect echter bij het natuurlijk verloop van de probleemsituatie ligt, kan de interventie beter niet uitgevoerd worden. Het is ook denkbaar dat een interventie positieve specifieke behandelings-effecten heeft, maar dat die volledig tenietgedaan worden door een negatief belief-effect, door het geloof van de patiënt dat deze behandeling toch niets kan opleveren. Dat verschijnsel zou zich kunnen voordoen bij de aanpak krachtwijken, al hebben we geen empirisch materiaal beschikbaar om dit te onderbouwen. Daarom alleen hypothetisch: als bij de identificatie van de veertig krachtwijken de bewoners daarvan met hun neus gedrukt worden op de statistische analyse dat ze in één van de slechtste wijken van Nederland wonen en ze tegelijk weinig geloof krijgen in de voorgestelde strategie om daar wat aan

te doen, kan een negatief belief-effect ontstaan dat veel van de opbrengst van de interventies gericht op wijkverbetering al bij voorbaat tenietdoet. Of zoals Menno Hurenkamp het beschrijft: ‘Zeg je dat je in “een Vogelaarwijk” woont, dan ben je verplicht erachteraan te zeggen dat het in jouw buurtje “juist hartstikke leuk is”. Niet de grote investeringsplannen stralen op je af, maar het feit dat je nu in een rotwijk woont’ (*Groene Amsterdammer*, 5 september 2008).

## Fascinatie

Het is boeiend om te zien dat er enerzijds duidelijk aantoonbare niet-effectieve interventies zijn, zoals homeopathie of chiropractie, en anderzijds een even duidelijke markt van vragers en aanbieders voor deze interventies. Hier botst dus de modernisering van evidence based practice met het feitelijk gedrag. Natuurlijk kan de opgang van bijvoorbeeld homeopathie verklaard worden door ontevredenheid met de toenmalige ‘traditionele’ geneeskunde, en wellicht zijn er patiënten die hun voorkeur voor homeopathische huisartsen laten beïnvloeden doordat deze ruimer hun tijd nemen voor een raadpleging, maar dan nog blijft het vreemd dat verwetenschappelijking van hulpverlening hand in hand gaat met kwakzalverij (de Regt & Dooremalen, 2008). Daarin ligt een sterke aanwijzing voor de *bijziendheid* van evidence based practice: het is niet alleen objectieve kennis die bepaalt welke professionele interventie ingezet wordt, er is daarnaast een hele sociale dynamiek actief, zowel bij aanbieders als vragers van hulpverlening: ‘Diffusion investigations show that most individuals do not evaluate an innovation on the basis of scientific studies of its consequences, although such objective evaluations are not entirely irrelevant, especially to the very first individuals who adopt. Instead, most people depend mainly upon a subjective evaluation of an innovation that is conveyed to them from other individuals like themselves who have previously adopted the innovation’ (Rogers, 2003).

In de sociale sector ligt het onderscheid tussen professionele kennis en kwakzalverij niet zo helder als in de geneeskunde. Het equivalent van homeopathie, oorkaarstherapie of reïncarnatietherapie laat zich minder eenvoudig benoemen. Er zijn niet alleen weinig sociale interventies die aantoonbaar effectief zijn via wetenschappelijk onderzoek, maar er zijn ook weinig sociale interventies die aantoonbaar ineffectief zijn. Het ontbreekt dus zowel aan krachtige goede voorbeelden als aan krachtige slechte voorbeelden. En dat terwijl van *bad practices* evenveel geleerd kan worden, en ze misschien wel krachtiger zijn in het bijsturen van professioneel handelen. Pleidooien voor meer evidence

based practice in zorg en welzijn zouden sterk aan kracht winnen met een paar spraakmakende voorbeelden van sociale interventies die op basis van onderzoek naar hun effecten overduidelijk naar de prullenmand verwezen kunnen worden. Dan kan daarop een exemplarische *name and shame*-strategie toegepast worden. De sociale sector heeft dus behoefte aan zijn eigen bad practice, haar eigen variant op homeopathie of oorkaarstherapie.

## 4. Casus: Triple P

'You've got to accentuate the positive'

In dit hoofdstuk wordt na een historische schets van opvoedingsondersteuning de inhoud van Triple P als sociale interventie kort besproken. Daarna beschrijven we het innovatieve karakter van deze methode en bespreken we hoe dit Australische programma in Nederland terecht is gekomen. Vervolgens gaan we in op het onderhoud van de methode, hoe de kwaliteit gewaarborgd wordt. Ten slotte bespreken we of de methode wel zo effectief is als wordt beweerd.

Triple P maakt furore in het veld der opvoedingsondersteuning. Deze sociale interventie profileert zich als bewezen effectief. Hiermee heeft Triple P een sterke troef in handen. Andere methoden op het gebied van opvoedingsondersteuning kunnen dit (nog) niet beweren. Triple P is overgewaaid uit Australië. Het bestaat ongeveer dertig jaar en is in relatief korte tijd ingevoerd in verschillende landen, waaronder Nieuw-Zeeland, Groot-Brittannië, de VS, Canada, Duitsland, Zwitserland, Iran, Hong Kong, Singapore, Japan, België en Nederland. Opvoedingsinterventies kenden niet eerder een dermate grootschalig karakter in combinatie met wetenschappelijke onderbouwing.

### Opvoedingsondersteuning een hype?

Was er in de middeleeuwen nog weinig aandacht voor opvoeding omdat kinderen vooral op zichzelf opgroeiden, in de periode daarna kreeg opvoeding meer aandacht. Vooral het onderwijs werd gezien als een middel om kinderen gedragsregels aan te leren en om armoede te bestrijden en te voorkomen. Opvattingen over gezinsopvoeding werden destijds verspreid door predikanten en andere personen met moreel aanzien.

Ook de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen (zie [www.canonsociaalwerk.nl](http://www.canonsociaalwerk.nl), 1818) publiceerde veel opvoedingsadviezen over hygiëne en een gezonde morele opvoeding. Daarnaast waren artsen, predikanten en onderwijsgevend actief in het verspreiden van opvoedkundige kennis. Tevens werden consultatiebureaus en ervaren moeders ingezet om oudervoorlichting te geven. Men hoopte zo gedragsverandering bij ouders te realiseren, zodat de verzorging van kinderen zou verbeteren en de zuigelingensterfte zou afnemen. Begin

vorige eeuw werd de aandacht verbreed naar pedagogische aspecten. In 1912 werd een eerste initiatief voor opvoedingsondersteuning opgericht onder de veelzeggende naam Vereniging Nationaal reizend Museum voor Ouders en Opvoeders (zie [www.canonsociaalwerk.nl](http://www.canonsociaalwerk.nl), 1911). Hilde Marx beschrijft het doel als: 'Een rustig plekje, waar elke vader en moeder, en alle opvoeders antwoord kunnen vinden op de vragen welke in verband met de opvoeding in hen opkomen. Een museum, niet droog en saai, maar waar alles dat is uitgesteld, direct spreekt tot hoofd en hart' (Marx, 1984). Deze stichting beoogde door voorlichting aan het volk de 'veredeling, verdieping en wetenschappelijker opvatting van de taak der ouders en opvoeders en daardoor op hoger peil brengen der gezinsopvoeding'. Om opvoedingsvoorlichters zo goed mogelijk op te leiden, werd de Vereniging K&O (Kinderverzorging en Opvoeding) opgericht ter bevordering van het onderwijs in kinderverzorging en -opvoeding. Ze vormt een voorloper van de huidige opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening. De zuigelingensterfte was succesvol teruggedrongen door consultatiebureaus en dat leidde tot de optimistische verwachting dat preventie ook zou werken op het gebied van de geestelijke gezondheid van kinderen (Wubs, 2004). Niet alleen aspecten rondom de verzorging, maar ook ontwikkelingspsychologische inzichten werden onder de aandacht gebracht van ouders. Het scala van voorlichtingsactiviteiten varieerde van spreekuren tot lantaarnplaatjes om de psychologische inzichten te verspreiden onder een breed publiek. Medisch Opvoedkundige Bureaus ontstonden waar psychiaters, psychologen en psychiatrisch sociaal werkers trachtten te voorkomen dat kinderen psychische stoornissen zouden oplopen en tot 'onmaatschappelijkheid' zouden vervallen. Er verschenen meer boeken over opvoeding en er werden gespecialiseerde tijdschriften gepubliceerd.

Wubs beschrijft hoe de wetenschap een steeds grotere rol kreeg in deze publicaties (Wubs, 2004). Psychologische inzichten zouden de gezinsopvoeding verbeteren. Later breidde de aandacht hiervoor zich uit tot de algemene damesbladen als de *Libelle* en *Margriet*. Het gezin was *the place to be* voor de opvoedingsvoorlichters. De roep om de overheid ten aanzien van problemen met jeugd een prominentere rol te laten spelen werd door het kabinet Balkenende-IV gehonoreerd met het Programmaministerie Jeugd en Gezin. Dit ministerie promoot vanuit de preventiegedachte beleidsmatige ondersteuning voor jeugd en gezin door onder meer een landelijk dekkend netwerk van Centra voor Jeugd en Gezin te bieden, een elektronisch kinddossier te introduceren en een databank in te stellen voor effectieve methoden in de jeugdzorg. En dan zijn we weer terug bij Triple P.

## Wat is Triple P?

Triple P staat oorspronkelijk voor *positive parenting program*, vrij vertaald als 'positief pedagogisch programma'. Het is een van oorsprong Australisch programma op het gebied van opvoedingsondersteuning dat beoogt preventief en populatiegericht te werken met ouders. Door opvoedingsondersteuning aan ouders aan te bieden wil het Triple P-programma een gezonde psychosociale ontwikkeling van kinderen bevorderen en de zelfredzaamheid en veerkracht van ouders vergroten. Tevens wil Triple P ouders meer vertrouwen in en tevredenheid over hun pedagogische vaardigheden geven. Ouders leren door aangereikte opvoedingsstrategieën de ontwikkeling van hun kinderen op een positieve manier beïnvloeden.

Het programma werkt met verschillende niveaus, gaande van lichte opvoedingsvragen tot ernstige opvoedingsproblematiek. Bij het eerste niveau worden ouders voorzien van informatie via massamedia over de opvoeding en stimulatie van de ontwikkeling van kinderen. De uitvoering ligt in handen van samenwerkende lokale en regionale instellingen.

Het tweede niveau is voor ouders met een specifieke vraag over gedrag of over de ontwikkeling van hun kinderen. De uitvoering ligt in handen van professionals die frequent contact met ouders hebben zoals medewerkers van peuterspeelzalen, jeugdgezondheidszorg, huisartsen, enzovoort.

Op het derde niveau wordt korte incidentele hulp geboden aan ouders die bezorgd zijn over milde vormen van probleemgedrag van hun kind. De uitvoering ligt in handen van professionals zoals medewerkers van opvoedbureaus of jeugdgezondheidszorg en maatschappelijk werk.

Het vierde niveau is voor ouders van kinderen met ernstige gedragsproblemen, die een gerichte training in opvoedingsvaardigheden krijgen. Dit niveau wordt uitgevoerd door instellingen voor geïndiceerde jeugdzorg of geestelijke gezondheidszorg voor jongeren of gespecialiseerde gezinsverzorging.

Het laatste en zwaarste niveau is bedoeld voor gezinnen met gedragsproblemen van kinderen in combinatie met andere gezinsproblemen. Hier biedt Triple P een intensief gezinsgericht programma dat wordt uitgevoerd door instellingen voor geïndiceerde jeugdzorg of geestelijke jeugdgezondheidszorg. Naast deze niveaus van interventie zijn er speciale modules ontwikkeld gericht op doelgroepen zoals ouders van tieners, ouders van kinderen met een ontwikkelingsstoornis of handicap, gezinnen met risico op kindermishandeling en werkende ouders. Nieuwe modules zijn onder meer bedoeld voor ouders van kinderen met overgewicht en voor ouders die uit elkaar gaan en een nieuw gezin beginnen. Er zijn inmiddels heel wat onderzoeken naar de

werkzaamheid van de modules verricht en het programma blijft onderwerp van onderzoek.

Triple P is gebaseerd op verschillende theoretische concepten (Sanders et al., 2003):

- leermodellen over ouder-kindinteractie;
- onderzoek naar effecten van gedragstherapie in gezinnen dat geleid zou hebben tot bruikbare inzichten om veranderingen te realiseren naar een meer positieve betrokken omgeving voor kinderen;
- ontwikkelingsonderzoek naar dagelijkse opvoedingspraktijken;
- sociale informatie verwerkingsprocesmodellen, de invloed van verwachtingen, opvattingen die ouders hebben zijn bepalend voor de mate waarin ouders zichzelf succesvol als ouders zien;
- onderzoek naar ontwikkeling van psychopathologie (beschermings- en risicofactoren);
- het ecologische perspectief: het besef dat de context van de hele gemeenschap bepalend is voor de opvoeding van kinderen.

De basisprincipes die Triple P hanteert luiden als volgt (zie [www.triplep-nederland.nl](http://www.triplep-nederland.nl)): ‘Kinderen een veilige en stimulerende omgeving bieden. Kinderen laten leren door positieve ondersteuning, een aansprekende discipline hanteren en realistische verwachtingen hebben van het kind. En last but not least: als ouder goed voor jezelf zorgen.’

### What’s new?

Een positieve benadering van kinderen is niet nieuw. Zo’n veertig jaar geleden maakte Thomas Gordon opgang met publicaties over positief luisteren die weer gebaseerd waren op het gedachtegoed van de humanistisch psycholoog Carl Rogers. In Nederland is het positief benaderen van kinderen sinds de jaren zeventig overgenomen in de pedagogische advisering van ouders, onder meer via intensieve trainingen in de ‘Gordonmethode’, ook bekend onder de naam ‘effectief omgaan met kinderen’.

Rond 2000 werd er in de opvoedingsadviezen gesproken over competentievergroting. Ouders zouden hun opvoedingscompetenties kunnen verbeteren, vergroten en in opvoedingsadvisering aan ouders werd expliciet aandacht besteed aan ‘wat er goed gaat’. Ouders van kinderen met gedragproblemen kregen opvoedingsondersteuning door middel van actieve vaardigheidstraining. De elementen (positief opvoeden, positieve aandacht geven aan kinderen en

aan ouders) komen ook terug in Triple P. In deze methode is er echter ook aandacht voor 'zelfregulatie' van de ouders. Niet alleen het zorgen voor de kinderen, maar ook het zorgen voor de ouder krijgt aandacht. Het motief kosteneffectiviteit in de promotie van de methode is ook nieuw. Eerder werd gesproken over preventief handelen, maar dit economische argument wordt in de promotie (en alleen daar) expliciet genoemd. Een andere inhoudelijke vernieuwing is dat deze methode zich richt op meerdere ontwikkelingsfasen (0-16 jaar) en gericht is op meerdere probleemgebieden. Die bredere gerichtheid op fasen en probleemgebieden is explicieter opgenomen in deze methode dan in andere reeds bestaande methoden. Ook het inschakelen van de massamedia in de populatieaanpak van Triple P is vernieuwend. Het ecologische perspectief, het besef dat de context van de hele gemeenschap bepalend is voor de opvoeding van kinderen, zou een argument kunnen zijn voor het marketingoffensief dat opvallend is bij deze vorm van opvoedingsondersteuning. Hierin onderscheidt deze methodiek zich sterk ten opzichte van gangbare vormen van opvoedingsondersteuning. Deze aanpak is succesvol gebleken in zoverre dat de methode in relatief korte tijd op ruime schaal wordt toegepast in een groot aantal landen. Deze grootschalige aanpak biedt bij uitstek de mogelijkheid om effectonderzoek te doen naar aanbiedingsvormen, verschillende niveaus en de verschillende landen die de methode hanteren.

### From 'Down Under' to ...

Hoe komt een Australisch programma voor opvoedingsondersteuning helemaal in Nederland terecht en waarom maakt het zo'n furore? In Nederland deed onder meer het Trimbos-instituut onderzoek naar methoden op het gebied van opvoedingsondersteuning. Geconstateerd werd dat er behoefte was aan een goed onderbouwd programma voor opvoedingsondersteuning. Er waren diverse methoden van opvoedingsondersteuning die geboden werden door verschillende instanties. Over de werkzaamheid hiervan werden geen uitspraken gedaan. Maar met de steeds bredere behoefte aan meer professionaliteit van de pedagogische hulp en meer gegevens over doelmatigheid ging men op zoek naar onderbouwde methoden. Men keek over de grens en raakte door de vele (positieve) publicaties over Triple P geïnteresseerd. Er waren geen andere methoden waarover zo veelvuldig gepubliceerd was. De Triple P-methode werd door het Trimbos-instituut en het toenmalige Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn naar Nederland gehaald voor een proefimplementatie. Deze implementatie is inmiddels onderzocht en Triple P niveau 4 – dat van ernstige gedragproblematiek – blijkt ook in Nederland ef-



fecten te hebben. De ouderlijke competenties zijn na de Triple P-interventies verbeterd en de gedragsproblemen van kinderen zijn aanzienlijk verminderd. Ook is onderzocht of het derde niveau van Triple P (gericht advies) een aanvulling vormt op de bestaande Nederlandse opvoedingsondersteuning in de eerstelijnsvoorzieningen in Nederland.

Volgens het promotieonderzoek van Ireen de Graaf blijken beide vormen van opvoedingsondersteuning positieve resultaten te sorteren (de Graaf, 2009). Gedrags- en emotionele problemen waren afgenomen en de opvoedingsstijlen verbeterden. Alleen verbeterde de ‘permissieve’ opvoedingsstijl door het reguliere aanbod niet. De Triple P-interventie had een groter effect op het algemeen gevoel van competentie van de ouders en disfunctionele opvoedingsstijlen bleken verminderd. Gedrags- en emotionele problematiek van kinderen zijn door middel van steekproeven onderzocht. Ook hier blijken zowel de Triple P-interventies in groepen als de individuele Triple P-interventies tot een vermindering van de problematiek bij kinderen en tot een verhoging van ouderlijke competenties te leiden.

## Onderhoud van de methode Triple P

Triple P is geen openbaar publiek te gebruiken interventieprogramma. Het mag slechts gebruikt worden onder voorwaarden (van Yperen & Bakker, 2008). Deze voorwaarden worden gehanteerd om de kwaliteit van de methode te beschermen, om te garanderen dat de methode toegepast wordt zoals bedoeld.

Wie het internet afspeurt naar Triple P kan veel informatie vinden: brochures voor ouders, onderzoekspublicaties, enzovoort. Toch is de inhoudelijke informatie voor professionals alleen beschikbaar bij de organisatie Triple P International (TPI). Die informatie is bovendien slechts te koop voor professionals die al gecertificeerd zijn door TPI. Dit lijkt tegenstrijdig met het ideaal in de sociale sector dat kennis vrij gedeeld zou moeten worden tussen professionals. Iedereen in de hulpverlening zou op de hoogte moeten zijn van de werkzame methodes om zo goed mogelijk hulp te kunnen bieden.

Triple P hanteert echter een systeem van certificering om de kwaliteit van het programma te bewaken. Professionals moeten een training met goed gevolg doorlopen en worden geaccrediteerd. Er vindt dus een soort ingangstoetsing plaats voordat de methode gebruikt mag worden. Om effecten van de methode op het gedrag van ouders en kinderen inzichtelijk te maken, heeft Triple P instrumenten ontwikkeld. Of deze gebruikt worden is de eigen verantwoordelijkheid van een organisatie/hulpverlener.

Kwaliteitsbewaking vindt plaats op basis van wetenschappelijk onderzoek, een gestandaardiseerde uitvoering van de methode, intercollegiale intervisie en monitoring van de behaalde resultaten en ondersteunende materialen en een gecoördineerd systeem van professionele training en accreditatie.

Na de fase van ontwikkeling en onderzoek kent de interventie de achtereenvolgende fasen van implementatie en onderhoud. Implementatie, het verspreiden en toepassen van de methode, vindt zoals reeds aangegeven onder voorwaarden en controle plaats van TPI. Ook het onderhouden van de methode, het actualiseren en verder geschikt maken voor verschillende toepassingen en verdere evaluaties vinden plaats onder regie van de eigen organisatie. In Nederland wordt Triple P in verschillende werkvelden van de jeugdsector ingezet. Het is daarmee niet zuiver privaat, maar ook niet zuiver publiek. De Erkenningscommissie Interventies beoordeelt of Triple P opgenomen wordt als richtlijn. Daarmee wordt de methode in het publieke stelsel opgenomen en komt ook de mogelijkheid tot subsidie in zicht.

### Triple P als geliefd onderzoeksobject

Triple P is in Australië ontwikkeld door Matthew Sanders. Hij publiceert al wetenschappelijke artikelen sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw over onderwerpen gerelateerd aan Triple P. Op zijn conto staat een indrukwekkende hoeveelheid wetenschappelijke publicaties over facetten van Triple P.

In 1977 is Sanders begonnen met onderzoek naar Triple P en begin jaren tachtig verschenen zijn eerste bevindingen. De eerste twee niveaus van Triple P zijn onderzocht in *clinical trials*, maar de andere niveaus nog niet. Daarbij wordt verwezen naar andere onderzoeken. Als het gaat over de effectiviteit van Triple P-interventies wordt verwezen naar de effectiviteit van *behavioral family intervention* (BFI). BFI zou probleemgedrag bij jeugdigen doen afnemen en zorgen dat ouders zich capabeler voelen om kinderen op te voeden.

Sanders en zijn collega's hebben gepubliceerd over gecontroleerd (*intra*)*single subject studies*, over gerandomiseerde klinische *trials* bij hoge risicogroepen en klinische populaties, over *trials* bij diverse doelgroepen, over populatie-evaluaties en over de toepassing van Triple P bij culturele en etnische diverse populaties. Tevens zijn disseminatiestudies verricht.

Ook in Nederland wordt Triple P nadrukkelijk onderzocht. Zoals gezegd is de proefimplementatie van Triple P in Nederland onderzocht door een effectonderzoek uitgevoerd door het Trimbos-instituut in samenwerking met de Radboud Universiteit. Ook nieuwe toepassingsmogelijkheden van de methode worden in Nederland onderzocht door het Trimbos-instituut (drugspre-

ventie, kinderen met overgewicht). En TNO onderzoekt de mate waarin de opvoedingsondersteuning Triple P Turkse en Marokkaanse gezinnen bereikt. Ook het hele Triple P-systeem is object van onderzoek. In de VS is in een grootschalig onderzoek in South Carolina gekeken naar effecten van Triple P op cijfers van kindermishandeling in vergelijking met andere reeds aanwezige sociale interventies.

De meeste onderzoeken geven aan dat Triple P werkt. De methode zou positieve effecten hebben op ouders, het probleemgedrag van kinderen zou afnemen en hulpverleners zijn positief. Er zijn echter weinig vergelijkende studies, zodat nog niet geconstateerd kan worden dat Triple P beter werkt dan andere opvoedingsondersteuningsprogramma's.

Al met al is dit een indrukwekkende staat van onderzoeken, terwijl het verrichten van wetenschappelijk onderzoek in dit veld niet eenvoudig is. Wetenschappelijk onderzoek hanteert strenge selectiecriteria en stelt eisen aan de grootte van de onderzoeksgroep en reikwijdte van de resultaten. Dat is lastig voor de onderzoekers, omdat niet altijd grote onderzoeksgroepen voor handen zijn. Een andere opgave is de causaliteit. Zijn effecten causaal te relateren aan het blootstellen dan wel aan het onthouden van de interventie of zijn ze aan andere factoren toe te schrijven? Daarnaast hebben onderzoekers op dit terrein te maken met medewerkers die niet van nature het belang van onderzoek onderschrijven. Medewerkers zijn vaak hulpverleners die bereid zouden moeten zijn om aan onderzoek deel te nemen en om het belang van onderzoeksgegevens te beoordelen, te onderkennen en te gebruiken in hun hulpverlenende praktijk. Als deze hobbels genomen zijn en onderzoek daadwerkelijk gegevens heeft opgeleverd, duikt echter het volgende probleem op: de disseminatie. De verspreiding van onderzoeksgegevens is lastig, omdat de resultaten niet altijd meteen bruikbaar zijn voor de uitvoerders op de werkvloer en omdat medewerkers als gezegd niet altijd het belang van onderzoeken onderschrijven.

Het is lastig om de effectiviteit van Triple P te beoordelen, omdat het over verschillende toepassingen van onderdelen van de methode gaat in heel verschillende contexten. Dit maakt een beoordeling van de beweerde werkzaamheid van deze sociale interventie niet eenvoudig.

Daar zit ook een methodologische uitdaging onder. In de diverse onderzoekspublicaties wordt bericht over de positieve werkzaamheid van het programma, omdat ouders aangeven minder problemen te hebben in de opvoeding. Maar is dit ook een goede en volledige indicator voor de effectiviteit van de inter-

ventie? Van Yperen en Veerman beschrijven het zogenaamde *hello-goodbye-effect*, waarbij ouders zichzelf of hun kinderen (bewust of onbewust) aan het begin van een behandelingstraject hoge probleemscores geven om de noodzaak tot hulp te onderstrepen. Aan het eind van de hulpverlening geven ze dan weer lage scores: ze willen de hulpverlener niet teleurstellen, omdat hij zo zijn best heeft gedaan (van Yperen & Veerman, 2008, p. 63). Een ander genoemd effect is het halo-effect. Daarmee wordt bedoeld dat ouders de hele hulpverleningsinterventie als positief waarderen, omdat ze heel tevreden zijn over een bepaald onderdeel zoals de bejegening.

Kunnen we daarmee de bewering dat Triple P effectief is bestrijden? Of kunnen we met al deze publicaties de beweerde werkzaamheid staven? Beide zijn lastig. Het aantal onderzoekspublicaties is indrukwekkend en ze handelen over steeds andere contexten, andere niveaus en andere problemen. Toch ontstaat het algemeen beeld van een sociale interventie die met de nodige strengheid onderzocht is en positieve resultaten oplevert.

## 5. Evidence based practice en de sociale sector

Laten we dat maar eens testen...

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.

Dit voorbeeld maakt duidelijk waar het in evidence based practice om gaat. Het is niet de status van wie een bepaalde mening heeft of de kracht of het enthousiasme waarmee een bepaald standpunt verdedigd wordt, maar de empirische werkelijkheid die bepaalt wat wel en wat niet waar is. Bij twijfel moet die empirische werkelijkheid bevraagd worden, en dat wordt gedaan via methodologisch zorgvuldig ontworpen experimenten. Mening en standpunten moeten zich laten corrigeren door de empirische werkelijkheid. De waarheidsvraag wordt gedelegeerd aan de empirie, en wordt daarna hoogstens nog een methodologische vraag. Iemand die het niet eens is met een bepaald aan de empirie getoetst standpunt (uit Fishers experiment blijkt dat het inderdaad wel degelijk uitmaakt of je eerst melk dan wel thee neemt, de smaak is afhankelijk van de volgorde) kan de empirie niet in twijfel trekken, maar wel de methodologie die gehanteerd werd (er is een te kleine steekproef getrokken, de *research design* was fout, de statistische analyse was niet correct, enzovoort).

Ronald Fisher gaf met zijn boek *The design of experiments* de aanzet tot professionalisering van die methodologie, nadat eerder het besef was ontstaan dat de vraag of iets waar of niet waar is alleen via empirie beantwoord kan worden. Later is de methodologie voor het evalueren verbeterd (zie bijvoorbeeld Swanborn, 1999), maar aan de uitgangspunten werd niet meer getornd. Dat was ooit anders.

## Onzekerheid troef

We vinden het vandaag vrij normaal dat onze huisarts bij zijn behandeling van onze ziekte gebruikmaakt van kennis verworven uit klinisch onderzoek, dat hij kennis heeft van welke medische interventies wel en niet werken. Bovendien volgt die huisarts niet alleen meer zijn eigen professionele kennis, maar doet hij een beroep op de gebundelde kennis van het beroep, de zogenaamde *body of knowledge*. Of we dan met onze ziekte naar huisarts A of huisarts B gaan, maakt voor de diagnose van wat we hebben en het bepalen van de behandeling nog nauwelijks verschil (of zou toch geen verschil mogen maken). Nog maar een eeuw geleden kon het voorkomen dat verschillende medisch specialisten diametraal de tegenovergestelde behandeling voorschreven voor eenzelfde aandoening en dat niemand zich daar vragen bij stelde. Dat illustreert de volgende anekdote over dr. David Lees, een arts in het St. Mary Hospital in Londen. De situatie deed zich voor in 1904: 'One of his patients had lobar pneumonia of the left lung and was prescribed the usual ice-pack treatment. Lees then went on holiday and in his absence the patient developed pneumonia of the right lung. The physician who had temporarily taken over Lees' case load was a firm adherent of the more generally accepted view that the application of the hot poultice [warm kompres] was a more effective treatment and prescribed accordingly. The result was extreme discomfort for the patient who had ice packs on the left side of his chest and hot poultices on the right. It never occurred to anyone that these two courses of treatment might be contradictory, nor to challenge the Olympian decision of a consultant once it had been made' (Brown, 2004, p. 32).

Dat kennen we vrijwel niet meer, zo'n professionele onzekerheid, zo'n volledig tegenovergestelde diagnose en behandeling door twee medisch professionals. Misschien komt het nog voor in complexere situaties, aan de rafelranden van de huidige beroepskennis, maar het is niet meer de norm. De *body of knowledge* van artsen is ondertussen sterk genoeg geworden om diagnose en behandeling onafhankelijker te maken van de individuele hulpverlener. Ze staat garant voor professionele, dat wil zeggen via wetenschap opgebouwde en objectieve kennis. Daarom zijn we ook zo geïrriteerd door verhalen van artsen die op kosten van farmaceutische industrie naar een congres gaan, geheel toevallig midden in het skiseizoen aan de voet van de berg of om daar aan te ontsnappen juist op tropische stranden. Dat is een aanfluiting van de objectiviteit van professionals.

Het alleen handelen op goed gevoel of eigen inzichten is er niet meer bij: 'Treatments based on theory and anecdote with extravagant public claims without being properly tested have become past time in medical practice' (Bajic & Scepanovic, 2003, p. 13).

Toch is het gebruik van wetenschap nog niet zo oud. Het is maar sinds de zestiende eeuw dat men in verschillende wetenschappen en beroepen meer aandacht ging besteden aan empirisch materiaal, aan wat de werkelijkheid te vertellen had. Galileo Galilei (1564-1642) kan als eerste empirist genoemd worden. Copernicus had al wel eerder de hypothese omschreven dat niet de aarde het centrum van ons zonnestelsel is maar de zon. Maar Copernicus kwam tot deze hypothese zonder de empirie uitvoerig te raadplegen. Hij wilde vooral het model van het heelal consistent en evenwichtiger maken. Het was pas Galilei die urenlang door telescopen naar de hemellichamen keek, en op basis van waarnemingen de aarde haar centrale rol in het zonnestelsel ont-nam. Empiristen zoals John Locke (1632-1704) en David Hume (1711-1776) leverden daar dan aansluitend de filosofische verantwoording voor.

Ook in zorg en hulpverlening zien we in die periode het empirisme opkomen. Voordien werd het geneeskundig handelen vooral geïnspireerd door wat de voorvaderen te vertellen hadden, met name Hippocrates en Galen en hun leer van de vier humeuren. Daarom was aderlaten eeuwenlang een veel toegepaste behandeling, ondanks de twijfelachtige effectiviteit ervan (Starr, 1998). Pas met mensen als Andreas Vesalius, William Harvey en John Snow deed empirisch onderzoek zijn intrede in de hulpverlenende sector. Het is boeiend kennis te nemen van hun levensloop en ervaringen, niet alleen voor hun inhoudelijk werk maar vooral omdat zij de frontlijners van professioneel modernisme waren. Zij lagen aan de basis van beroepsinnovatie die geïnspireerd werd door empirische waarnemingen!

De echte doorbraak van empirisch onderzoek in de zorg kwam er na het einde van de Tweede Wereldoorlog dankzij het werk van mensen als Sir Bradford Hill (1897-1991), Archie Cochrane (1909-1988) en David L. Sackett (Sackett et al., 1996). Nadat evidence based practice in de geneeskunde haar nut bewezen had en snel aan populariteit won, volgden ook andere beroepen. Zo ontstonden evidence based verpleegkunde, evidence based psychologie, evidence based onderwijs, evidence based logopedie, evidence based verslavingszorg... en dus ook evidence based sociaal werk.

## En de sociale sector?

Het is mooi dat geneeskunde en andere beroepen inmiddels een stevige body of knowledge hebben, maar hoe zit dat in de sociale sector? Bij zijn oratie in 2001 was Henk Garretsen er niet erg van onder de indruk: 'Ten aanzien van de zorg en preventie is op veel gebieden een betere wetenschappelijke onderbouwing noodzaak!' en 'De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat in de zorg en preventie onvoldoende evidence based wordt gewerkt, en, voor zover er op effecten wordt geëvalueerd is het de vraag of dit op een zodanige manier gebeurt dat ook "harde" informatie wordt verkregen' (Garretsen, 2001). Zijn observaties waren aanleiding om vanuit Tranzo te starten met academische werkplaatsen om onderzoek en praktijk dichterbij elkaar te brengen (Garretsen et al., 2007).

Een recentere inventaris van professionele kennis op het terrein van maatschappelijke opvang blijft pessimistisch van toonzetting, en moet spijtig vaststellen dat 'in de vrouwenopvang, de maatschappelijke opvang en de opvang voor zwerfjongeren is weinig effectonderzoek gedaan' (Rensen et al., 2008, p. 65). Daarop volgen wel een hele reeks nuanceringen, maar dit blijft toch klinken als 'hulpverleners doen hun best en hopen dat hun werk wat oplevert, maar echt weten doen we dat eigenlijk niet'. En is de hedendaagse verwarring over de diagnose van wat er waarom fout gaat in aandachtswijken en over welke behandeling hier het meest kansrijk is niet erg vergelijkbaar met dr. Lees' patiënt die een eeuw geleden bij longontsteking links een koudebehandeling kreeg en rechts warme kompressen?

Het is dan ook niet verwonderlijk dat de sociale sector de intentie uitspreekt om meer te gaan werken met evidence based practice. Het gebruiken van die sociale interventies waarvan onderzoek de effectiviteit aangetoond heeft is de afgelopen decennia in diverse beroepscode van sociaal werk ingeschreven. De gezamenlijke *Statement of Principles* van de International Federation of Social Workers (IFSW) en de International Association of Schools of Social Work (IASSW) omschrijft het iets anders: 'Social workers have a duty to take necessary steps to care for themselves professionally and personally in the workplace and in society, in order to ensure that they are able to provide appropriate services.' De *Code of Ethics* van de Amerikaanse National Association of Social Workers (NASW) zegt over onderzoek en sociaal werk het volgende: 'Social workers should critically examine and keep current with emerging knowledge relevant to social work and fully use evaluation and research evidence in their professional practice.'



Ook in Nederland verwacht men bij de uitvoering van sociaal werk een zo wetenschappelijk mogelijk optreden. Het beroepsprofiel van de maatschappelijk werker verwijst daarvoor naar de pionier Marie Kamphuis, die schreef: 'Van het goeie hart geen kwaad woord, maar het is niet genoeg' (Jagt, 2006, p. 6). Men ziet de maatschappelijk werker liefst zelfs niet alleen als consument van onderzoeksresultaten, maar ook als producent: 'Er is een toenemend besef dat maatschappelijk werkers actief met praktijkonderzoek bezig moeten zijn, bijvoorbeeld om het werk te innoveren, en zelf bij wetenschappelijk onderzoek dienen te worden betrokken' (p. 24). In het recent gepubliceerde kader voor sociaal-agogische opleidingen behoort onderzoek ontwikkelen tot het lijstje eindkwalificaties: 'De sociaal-agoog kan praktijkgericht onderzoek verrichten, gericht op planontwikkeling en beroepsontwikkeling' (x, 2008, p. 30). Opvallend is dat dit opleidingskader hulpverleners in beeld brengt als onderzoeksproducenten, terwijl de internationale kaders meer aandacht geven aan de hulpverlener als kritische consument van door anderen uitgevoerd onderzoek.

## Uitgangspunten evidence based practice

Gegeven de intentie van de sociale sector om via evidence based practice zijn body of knowledge uit te bouwen, volgt de vraag naar wat dan de kern van evidence based practice is, welke uitgangspunten daarbij horen. Kern is steeds de werkelijkheid te laten spreken, te kijken of iets werkt aan de hand van empirische gegevens. We mogen dus niet theorie of goed inzicht, meningen of voorkeuren laten domineren, maar aanvaarden wat de empirie ons vertelt over effectiviteit van interventies. De uitgangspunten om dit tot uitvoering te brengen kunnen omschreven worden als enerzijds een cyclisch proces van steeds praktijk en wetenschap op elkaar afstemmen en anderzijds een lineaire rangschikking van slecht(er) en beter bewijsmateriaal.

### *Cyclisch proces*

Je doet in de hulpverlening niet zomaar wat, maar je laat je inspireren door beschikbaar evaluatieonderzoek over welke interventies werken en welke niet, rekening houdend met omstandigheden zoals je doelgroep. Daarvoor bestaat een fasemodel, dat eenvoudig en herkenbaar is. Verschillende auteurs hebben hun eigen variant van dit model beschreven, die op hoofdlijnen op hetzelfde neerkomen. Onderstaande beschrijving is een variant op twee van die publicaties (Thyer, 2006; Verhoef et al., 2008).

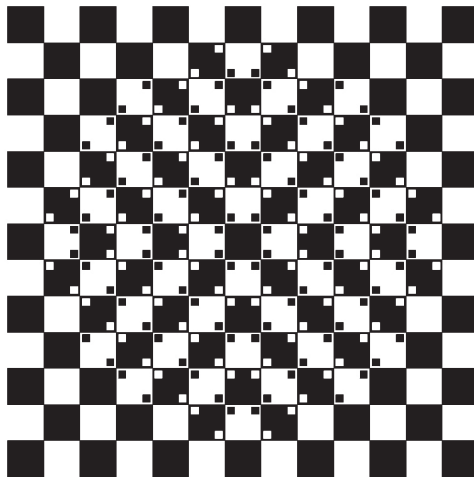
Beginpunt van de beschrijving (niet van het model zelf, want dat is cyclisch) is fase 0, het moment waarop een probleem zich aandient en er een gepast antwoord op geformuleerd moet worden. Dat kan in de sociale sector gaan om risicjongeren die uit de criminaliteit gehaald of gehouden moeten worden, om problematische opvoedingssituaties waar opvoedingsondersteuning nodig is, om een probleemwijk die dreigt af te glijden in onveiligheid en sociale uitsluiting, om een gezin met gigantische schulden, om verslaving en verwaarlozing of overlast en om andere situaties waarin kwetsbare burgers hulp kunnen gebruiken.

De eerstvolgende fase is het zodanig formuleren van het probleem dat het een beantwoordbare vraag wordt. Dat krijgt concreet vorm door het omschrijven van wat het probleem is bij welke cliënt, wat de interventie kan zijn, welke alternatieve interventies mogelijk zijn en wat het te bereiken resultaat is. Vervolgens wordt voor die beantwoordbare vraag gezocht naar het beste bewijsmateriaal, naar wat er vanuit evaluatie- en onderzoekswerk al bekend is en bruikbaar is. Dat vraagt goede toegang tot en bekendheid met de vakliteratuur, zowel in eigen land als internationaal (zie hierover verder hoofdstuk 11). De derde fase in het model bestaat uit het beoordelen van het gevonden materiaal. Wat slecht, irrelevant of te oud is kan weg, de rest wordt behouden en wordt vervolgens in een vierde fase toegepast in de praktijk. En in de vijfde en laatste fase vormt ten slotte die confrontatie met de praktijk opnieuw een basis voor het evalueren en onderzoeken van de effecten van een bepaalde interventie in specifieke omstandigheden. Zo groeit de body of knowledge steeds en leidt uitvoering tot nieuwe kennis.

Door deze reeks fasen als een cyclisch in plaats van als een lineair model voor te stellen ontstaat er ook ruimte voor de tegenpoot van evidence based practice, namelijk de *practice based evidence*. Een bepaalde interventie kan ontstaan in de vierde fase zonder de vorige fasen doorlopen te hebben. Zo ontstonden rond de eeuwwisseling digitale trapveldjes om nieuwe sociale uitsluiting op basis van toegang tot nieuwe media te voorkomen. Daar was een hele zoektocht bij te pas gekomen over wat als interventie wel of niet zou werken, want het was een volstrekt nieuw probleem waaraan nog niet eerder gewerkt was en waar dus geen evaluatiewerk van beschikbaar kon zijn. Dergelijke evaluaties kwamen er nadien wel, en inspireerden latere digitale trapveldjes. Zo werd dus practice based evidence weer evidence based practice. Doordat evidence based practice vooral de empirie wil inschakelen als scheidsrechter over wat wel of niet werkt, vormt ze eigenlijk een erg rechtvaardige beoordeling van interventies. Niet status, aanzien, logische consistentie of bekendheid van de interventie geven de doorslag, maar effectiviteit.

### *Lineaire rangschikking*

Het cyclische model verbergt in zich een strakke lineaire rangschikking ter beoordeling van de te gebruiken informatie, een continuüm lopend van te mijden informatie tot bij voorkeur te gebruiken informatie. Dat continuüm wordt gehanteerd in fase twee en drie van het eerder genoemde cyclisch model, daar waar informatie gezocht en beoordeeld wordt. Het rangschikken van informatie volgens niveaus van belangrijkheid kan omschreven worden als een *motie van wantrouwen* ten opzichte van intuïtie en tegelijk een *acte van geloof* in wetenschappelijk onderzoek. Het is te vergelijken met een optische illusie (zie hieronder).



Bij eerste aanblik zien we een raster kleine vierkanten, waarvan er een aantal in het midden bolvormig uitspringen. Daardoor lijken daar de lijnen scheef te lopen. Toch worden we bedrogen door onze initiële waarneming. De lijnen lopen kaarsrecht. Dat wordt snel duidelijk als we er een liniaal naast leggen. Zo zijn er wel meer voorbeelden van optisch bedrog, die ieder op zich illustreren waarom enige twijfel over eerste indrukken en het hanteren van wat een systematischere waarneming nuttig is. Het liniaal dat we naast de lijnen in bovenstaande tekening leggen, is niet anders dan een hoger niveau in het continuüm van kennisbronnen binnen evidence based practice.

Het is gangbaar om binnen evidence based practice onderscheid te maken tussen vijf niveaus, vijf treden op een zogenaamde effectladder. Een niveau hoger komt telkens neer op krachtigere argumenten, op strengere bevraging van de empirie en daarom op betere informatie. Een belangrijke observatie is dat het daarbij gaat om een rangschikking van inhoudelijke informatie en niet

samenhangt met de status van de producent ervan. Het is dus niet omdat een hoogleraar of een wetenschappelijk onderzoekscentrum een uitspraak doet dat die onmiddellijk hoog gewaardeerd wordt. Dergelijke uitspraken worden binnen het kader van evidence based practice even kritisch bekeken als andere uitspraken. Bepalend is de strengheid van het onderzoek waarop de uitspraak gebaseerd is. En die strengheid blijkt uit de onderzoeksopzet. Dikwijls wordt dit verward met de aard van het meet- of observatie-instrument en krijgen kwantitatieve onderzoeken snel een hogere status. Als er in het onderzoeksverslag statistische maten staan met drie cijfers na de komma krijgt het natuurlijk een sfeer van nauwkeurigheid, maar daarom is het beschreven onderzoek niet automatisch beter dan kwalitatief onderzoek. De rangschikking van onderzoek zoals die binnen evidence based practice gehanteerd wordt hecht meer belang aan onderzoeksopzet dan aan meetinstrument.

Op het *eerste niveau* bevinden zich de beschrijvende evaluaties van interventies, de anekdotische verhalen over een bepaalde aanpak en de resultaten ervan. Die informatie kan erg rijk zijn, maar is niet altijd even kritisch. Alles staat of valt immers met de objectiviteit van de verslaggever en met de mate waarin hij of zij inzicht heeft kunnen verkrijgen in de resultaten. Een voorbeeld van informatie op dit niveau is een recente publicatie over de integratieklas, een integratie van leerlingen met een beperking in het reguliere onderwijs (Mijland, 2009). Het betreft een vlot leesbare en informatieve beschrijving die als zodanig waardevol is, maar als evaluatie nauwelijks enige strengheid heeft. Er is geen echte confrontatie tussen voornemens/doelstellingen en verwezenlijkingen. Daarom staat het 'slechts' op een eerste niveau van de hiërarchie van kennisbronnen.

Het is niet gangbaar, maar eigenlijk zou je ook een *nulde niveau* van informatie kunnen benoemen, waarbij het dan eerder om reclame of propaganda gaat dan om informatie die enige vorm van objectiviteit heeft of claimt te hebben. Zo benoemden we al in hoofdstuk 1 de sociale interventie scared straight, en de film die daarover gemaakt werd. In hoofdstuk 2 kwam de Glen Mills School aan bod en noemden we de film *Cool* van Theo van Gogh. Dat zijn voorbeelden van reclame, hoewel met name de film over scared straight meer een documentaire is die toch enige vorm van objectiviteit uitstraalt. Vergelijkbaar zijn natuurlijk alle websites en brochures en publicaties die aanbieders van sociale interventies onderhouden. Ook daar gaat het om basisinformatie, om feitelijke informatie over de aangeboden diensten. Soms gebeurt dat heel neutraal en eerlijk, maar met enige regelmaat zie je voorbeelden waarbij in de vormgeving en manier van aanbieden van informatie een hoger niveau van

objectiviteit en wetenschappelijkheid uitgestraald wordt dan gerechtvaardigd is. Een commercieel bureau wordt onder de arm genomen om een schijnbaar objectief en wetenschappelijk onderbouwd onderzoek te doen, terwijl vooraf al duidelijk was dat het een hoera-verhaal zou worden. Of er wordt verwezen naar onderzoek dat positieve effecten in beeld brengt zonder de kritische passages uit dat of ander onderzoek te vernoemen. Een dergelijke informatie-strategie is natuurlijk niet vreemd, elke aanbieder van producten of diensten maakt er gebruik van. De vraag is echter of de ontvanger van informatie telkens een juiste inschatting van de waarde van informatie maakt en niet te snel het aangeleverde op een te hoog niveau van objectiviteit situeert.

Op het *tweede niveau* bevinden zich de studies waarin correlaties zichtbaar worden, het steeds samen voorkomen van bepaalde elementen. Als er een correlatie blijkt te zijn tussen het zichtbaar op straat aanwezig zijn van een wijkagent in de omgeving van scholen en veel minder spijbelen, dan is dat een sterker stukje informatie dan dat die wijkagent of een betrokkene zegt dat de wijkagent zorgt dat er minder gespijbeeld wordt. Zonder meting kan de uitspraak immers ook ingegeven zijn door het reclame willen maken voor de eigen tewerkstelling of gewoon gebaseerd zijn op goed bedoelde maar foute indrukken. Misschien wordt er nog wel gespijbeeld, maar blijven de spijbelaars minder in de omgeving van de school rondhangen.

Bij correlaties is echter niet duidelijk of twee verschijnselen vrij toevallig samenkomen dan wel of ze een oorzakelijk verband met elkaar hebben en het ene verschijnsel de oorzaak is van het andere. Misschien werd er op die school wel helemaal niet gespijbeeld, en doet het er dus niet toe of er nu wel of niet wijkagenten zichtbaar rondlopen. Of correlatie ook causaliteit inhoud, wordt maar aannemelijker door een experiment, een *controlled trial*, meteen het *derde niveau* van informatie. Stel dat eerst op de school gemeten wordt hoeveel leerlingen spijbelen, zonder dat er extra wijkagenten ingezet worden. Dat levert bijvoorbeeld het cijfer 6 procent op: 6 per 100 leerlingen spijbelen gemiddeld. Als dan extra wijkagenten ingezet worden en een tweede meting geeft aan dat nog maar 2 procent van de leerlingen spijbelt, is er sprake van een sterk vermoeden dat de wijkagenten de daling in spijbelen veroorzaken en dat deze interventie dus helpt. Maar helemaal zeker weet je dat niet, want misschien zijn er wel andere variabelen die de daling van 6 procent naar 2 procent verklaren. Het is al een tijdje heel slecht weer en buiten school rondhangen verliest daardoor veel van zijn aantrekkelijkheid. Of er is een nieuwe tijdelijke leerkracht die op een wel erg enthousiaste wijze les geeft.

### *De 'golden standard': randomized controlled trials*

De methodologie kan nog strenger toegepast worden als er sprake is van zogenaamde *random* controlled trials of RCT's, waarbij een groot aantal onderzoekseenheden toevallig, at random, toegewezen wordt aan een onderzoeksgroep of een controlegroep. Dat is het *vierde niveau* van informatie. Binnen de literatuur over evidence based practice wordt het omschreven als de gouden standaard, de methodologie waaraan optimaal elk evaluatieonderzoek zou moeten voldoen om volwaardig mee te tellen en gewicht in de schaal te leggen.

In het voorbeeld van spijbelen zou dan een groot aantal scholen aan het onderzoek meedoen. Via een nulmeting zou vastgesteld worden hoeveel leerlingen in elke school spijbelen. Nadien worden at random bij enkele scholen extra wijkagenten ingezet en bij andere niet. Als dan bij een tweede meting blijkt dat juist in de scholen met extra inzet het spijbelen daalt en bij de andere scholen niet, is er niet alleen een effectmeting, maar ook een sterke aanwijzing dat juist de interventie het effect veroorzaakte.

Er zijn enkele historische voorbeelden uit de vorige eeuwen van dergelijke controlled trials in de gezondheidszorg. Als oudste voorbeeld wordt meestal verwezen naar het werk van James Jurin uit 1723, waarin de sterftcijfers van pokken werden geïnventariseerd en het effect van inenting berekend (Lilienfeld, 1982). Iets later organiseerde James Lind een experiment om te kijken hoe scheurbuik kon vermeden worden. In mei 1747 werden twaalf scheurbuikpatiënten aan boord van de Salisbury opgedeeld in zes groepen, en elke groep kreeg een andere 'behandeling', variërend van zeewater drinken tot twee lepels azijn per dag of een portie fruit per dag (twee sinaasappelen en een citroen). De laatste twee maakten een verrassend sterk herstel door. Als herinnering aan dit baanbrekkend werk is de James Lind Library (zie [www.jameslindlibrary.org](http://www.jameslindlibrary.org)) naar hem genaamd. Als derde historische voorbeeld wordt regelmatig verwezen naar het werk van Ignaz Semmelweis. Hij werkte midden negentiende eeuw in de kraamzorg in Wenen en was geschokt door de hoge sterfte aan kraamkoorts. Wel 25 procent van de vrouwen die in het ziekenhuis kwamen bevallen stierven er. Zijn onderzoek leidde tot de vaststelling dat de persoonlijke hygiëne van de artsen het probleem veroorzaakte: zij wasten hun handen niet tussen bezoeken aan verschillende patiënten en droegen zo bacteriën van de ene patiënt over op de volgende. De medisch specialisten waren diep gekrenkt en wilden lange tijd niet aanvaarden dat ze zelf de belangrijkste oorzaak van een hoog sterftcijfer waren, maar de empirische data konden uiteindelijk de praktijk wel beïnvloeden en verbeteren (Nuland, 2003).

Lange tijd waren RCT's de top in de hiërarchie van informatie, de beste inspiratie die je kon gebruiken om handelen wetenschappelijk te onderbouwen. Nu er echter steeds meer resultaten beschikbaar komen uit meer en meer RCT's en die over dezelfde of vergelijkbare situaties niet altijd dezelfde of vergelijkbare resultaten geven, is er een nieuw niveau aan de hiërarchie toegevoegd. Op het *vijfde niveau* staan nu zogenaamde systematische reviews of meta-analyses. Daarbij worden meerdere effectonderzoeken (liefst RCT's) over hetzelfde thema bij elkaar genomen en met elkaar vergeleken, om zo te komen tot uitspraken over professioneel handelen met nog een grotere empirische basis. Vreemd genoeg krijgen auteurs van dergelijke reviews daar echter minder waardering voor, omdat het om minder oorspronkelijk werk zou gaan. Het is 'maar' het samenvoegen en opnieuw analyseren van resultaten die de oogst zijn van wat andere onderzoekers eerder deden. Buiten de academische wereld wordt wel uitdrukkelijk gevraagd naar meer systematische reviews (zie daarover ook hoofdstuk 11).

Op deze manier is de wetenschap streng in haar methodologie en zuinig met het uitdelen van kwaliteitslabels aan onderzoek. Eigenlijk zit er een grondhouding van wantrouwen onder, het continue vermoeden dat de werkelijkheid zoals die zich aan ons openbaart toch wel eens anders zou kunnen zijn dan ogenschijnlijk het geval is en dat daarom verdergaande vormen van onderzoek nodig zijn. We zijn niet tevreden met een toevallige observatie, maar maken er een experiment van. We zijn niet tevreden met een experiment, maar maken er een random controlled trial van. We zijn niet tevreden met één RCT, maar willen er meerdere tegelijk bundelen in een systematische review. Dan pas hebben de resultaten enige geloofwaardigheid, dan pas geloven we wat de empirie ons vertelt. Er is sprake van een hiërarchie in informatie waarbij gestreefd wordt naar aantoonbare evidence volgens het hoogste niveau van wetenschappelijk onderzoek. We staan immers aan de top van de hiërarchie van informatie, en hebben een goed overzicht.

#### **Hiërarchie van informatie**

5. Systematische reviews
4. Random controlled trial (RCT's)
3. Experiment, controlled trial
2. Niet-experimentele studies
1. Beschrijvende evaluatie
  
0. Reclame



Dit continuüm van kennisbronnen, deze hiërarchie van informatie bestaat in verschillende varianten waarbij het aantal niveaus en de bewoordingen soms van elkaar verschillen, maar de essentie telkens overeind blijft: sommige informatie is betrouwbaarder en geloofwaardiger dan andere informatie. Ter illustratie geven we hier kort de effectladder weer zoals die binnen het programma effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut gehanteerd wordt (zie [www.nji.nl](http://www.nji.nl) en van Yperen & Veerman, 2008):

| Effectladder                                |   |   |
|---|---|---|
| Niveau effectladder                         | Soorten onderzoek   | Erkenning   |
| 4. Is de interventie werkzaam?              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Experimenteel onderzoek</li> <li>• Quasi-experimenteel onderzoek</li> <li>• Case-studies (N=1-onderzoek)</li> <li>• Veranderingstheoretisch onderzoek</li> <li>• Normgerelateerd onderzoek ('Benchmarkstudies')</li> </ul> | <i>Bewezen effectief of waarschijnlijk effectief</i><br>afhankelijk van: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kwaliteit onderzoek</li> <li>• Follow-up</li> <li>• In praktijk uitgevoerd</li> <li>• Aantal studies</li> </ul> |
| 3. Is de interventie doeltreffend?          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veranderingsonderzoek zonder benchmark</li> <li>• Doelrealisatieonderzoek</li> <li>• Cliënttevredenheidsonderzoek</li> </ul>   |   |
| 2. Is de interventie in theorie effectief?  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meta-analyses</li> <li>• Literatuurstudies</li> <li>• Studies naar impliciete kennis</li> </ul>  | <i>Theoretisch goed onderbouwd</i>  |
| 1. Is de interventie goed beschreven?       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descriptief onderzoek</li> <li>• Observatie-onderzoek</li> <li>• Documentanalyse</li> <li>• Interviews</li> </ul>  |   |
| 0. Is de interventie impliciet (black box)? |   |   |

### Is er evidence based informatie voor sociaal werk?

Als je een duik neemt in de vakliteratuur van sociaal werk zal je snel merken dat er wel veel geschreven wordt over evidence based practice, maar dat de hoeveelheid resultaten die beschikbaar zijn redelijk beperkt is. Er wordt niet veel onderzoek uitgevoerd naar de effecten van sociale interventies. Garretsen schreef tien jaar geleden al: 'Over de werkzaamheid van interventies is vaak



slechts weinig bekend' (Garretsen, 2001, p. 16). Daar is in de afgelopen tien jaar wel enige verandering in gekomen, maar nog steeds zijn er weinig onderzoeken en nog minder die in de hiërarchie van informatie enig niveau halen. In deze context is het nuttig voor ogen te houden dat interventies waarvoor geen wetenschappelijk bewijs over effecten beschikbaar is nog niet gelijkstaan aan niet-effectieve interventies. Of, om een wat ouder artikel uit *British Medical Journal* te parafaseren: 'Absence of evidence is not evidence of absence.' Jos van Balveren, directeur van de Tilburgse welzijnsorganisatie De Twern, verwijst regelmatig naar een onderzoek dat Tranzo voor hen in 2003 deed. Een inventaris van alle in zorg en welzijn gebruikte interventies kwam uit op ongeveer 1500 verschillende interventies. Daarvan waren er echter maar 40 geëvalueerd, en slechts een handjevol waren ook evidence based. Over het gebruik van de 1460 niet geëvalueerde interventies valt dus weinig te zeggen, behalve dat er dringend meer ruimte moet komen voor evaluatie. Het is natuurlijk niet zo dat deze alle 1460 niet werken omdat er nooit een effectevaluatie uitgevoerd is. Een dergelijke houding aannemen zou tot totale inertie leiden, tot *zorgverlamming*. Gezonder is de houding dat in afwezigheid van evaluatie en zolang er geen indicaties op negatieve effecten zijn deze interventies wel gehanteerd kunnen worden binnen de sociale sector. Vanzelfsprekend moet er telkens wel een minimale beargumenteerde verwachting op positieve effecten zijn, die in verhouding staat tot de investeringen voor het uitvoeren van de interventie. En gelet op het beperkte beschikbare onderzoeksbudget is het stellen van prioriteiten belangrijk: welke van die 1460 nog niet onderzochte sociale interventies lijkt het meest gebaat bij effectonderzoek? Helaas ontbreekt het de sector aan een platform om zo'n prioriteitenlijst op te stellen, en in afwezigheid daarvan is het de kwaliteit van projectvoorstellen van onderzoekers die bepaalt wat wel of niet onderzocht wordt.

Naast de hoeveelheid onderzoek naar sociaal werk is ook de validiteit niet altijd eenvoudig. Wordt in die onderzoeken gemeten wat er echt toe doet of alleen maar het meetbare? In de Griekse mythologie zit onder meer de figuur van Procrustes, een herbergier die al zijn gasten 'maatwerk' bezorgt. Als ze te kort zijn voor zijn bedden rekt hij ze uit. Zijn ze dan weer te lang dan worden er stukken afgehakt. Onderzoek is in zeker zin te vergelijken met Procrustes omdat de werkelijkheid zodanig opgerekt of gekapt wordt tot ze past bij de beschikbare onderzoeksmethodologie (van Strien, 1986). En dan ontstaat er snel een voorkeur voor heel meetbare aspecten van die werkelijkheid, aspecten die zich relatief eenvoudig via een survey in datamatrixen laat vangen en die via SPSS of SAS omgevormd kan worden tot statistische ken-

getallen. Dat geeft meer status en oogt betrouwbaarder dan kwalitatieve onderzoeksmethoden. Wetenschap wordt wiskunde: evidence wordt verengd tot wat kwantificeerbaar en meetbaar is (Bursens, 2007). Of, in de woorden van Joan van Aken, zodra onderzoek meer gaat lijken op natuurkunde wordt het belangrijker. De interne validiteit wordt zo verhoogd, maar dit gaat ten koste van de externe validiteit. Er worden grote delen van de realiteit ‘weggesneden’ om het meetinstrument kwantitatief te maken. Zelfs als dat met de grootste zorgvuldigheid en deskundigheid gebeurt, blijft de geobserveerde realiteit een zwakke en vooral selectieve afspiegeling van de realiteit.

Minder meetbare aspecten van de hulpverlening blijven zo buiten beeld. Want hoe ga je empowerment, empathie, presentie, enzovoort in getallen uitdrukken? Dat contrast tussen de voorkeur van onderzoek voor het meetbare en het moeilijk meetbare karakter van kernaspecten van sociaal werk is zorgwekkend. We weten immers niet of de eenvoudig meetbare aspecten ook de meest werkzame ingrediënten van hulpverlening zijn. Integendeel, er is redelijk wat werk gepubliceerd over de zogenaamde *common factors* waarin juist de minder meetbare aspecten als belangrijkste component van hulpverlening aangewezen worden. Sjef de Vries heeft dit denken op het maatschappelijk werk toegepast (de Vries, 2007), gebruikmakend van onder meer onderzoek uit de psychotherapie. Daar staat deze benadering bekend als het dodo-effect, verwijzend naar de dodo in *Alice in Wonderland*. Die organiseert een loopwedstrijd, maar heeft niet erg goed nagedacht over start en aankomst, zodat hij uiteindelijk roept: iedereen heeft gewonnen! Bij onderzoek naar verschil in effectiviteit van verschillende psychotherapeutische hulpverleningsvormen bleek 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 die steeds voorkomen. Daarbij gaat het over elementen zoals vertrouwen tussen hulpverlener en cliënt, of het onbevooroordeeld aan herstel werken. De therapie is dan slechts een structuur waarin die algemene kenmerken een plaats kunnen krijgen. Dat leidt natuurlijk tot een aantal fundamentele vragen. Als die generieke factoren het meest werkzame ingrediënt van hulpverlening zijn, wordt daar dan ook op gestuurd in bijvoorbeeld opleiding of subsidiering van maatschappelijk werk? Kunnen we die persoonskenmerken die dan blijkbaar het effect bepalen ook vatten in protocollen en handleidingen? Moeten we in de plaats van best practice niet gaan zoeken naar ‘best persons’? En tenslotte, kan dan ook kwakzalverijtherapie drager van die generieke factoren zijn? Zou het lezen van tarotkaarten als hulp bij re-integratietrajecten toch kunnen wer-

ken omdat ze ruimte geeft voor vertrouwen, herstel, hoop? (zie hierover ook hoofdstuk 3).

Gelet op de problematische hoeveelheid onderzoek naar sociaal werk die beschikbaar is en de complexe validiteit daarvan kan de roep om meer evidence based practice in sociaal werk dan ook alleen maar verstaan worden als een vraag naar meer middelen voor effectonderzoek en meer methodologische strengheid in het weinige onderzoek dat wel uitgevoerd wordt. Helaas klinkt de roep luider dat hulpverleners te weinig gebruikmaken van het beschikbare materiaal. Hulpverleners zouden te weinig aandacht hebben voor al het mooie dat onderzoek hun aanreikt, zouden te eigenzinnig zijn in hun handelen en zich nauwelijks laten inspireren door wetenschappelijke inzichten. Terwijl het aanbod vanuit die wetenschap erg beperkt is. Je kan sociaal werk wel opdragen te werken aan beter burgerschap en verwachten dat dit evidence based gebeurt, maar als er vanuit de wetenschap geen handelingskennis aangereikt wordt zijn deze verwachtingen niet te realiseren. Hetzelfde geldt voor andere uitdagingen van sociaal werk: spijbelen, dakloosheid, schulden, armoede, enzovoort. De situatie wordt vergelijkbaar met klanten die verweten wordt dat ze weinig kopen terwijl ze in een vrijwel lege winkel staan!

## 6. Casus: burgerschap

‘Opvoeding moet mensen tot volwassenheid leiden, en iemand is volwassen als hij “constructief deelgenoot van de maatschappij” wordt.’

Martinus Langeveld

Burgerschap lijkt de laatste paar jaren een toverwoord dat veelvuldig in beleidsnotities voorkomt. Nog maar zo’n dertig jaar geleden echter hing om de begrippen ‘burger’ en ‘burgerlijkheid’ een bedompte spruitjeslucht. Wie toen beticht werd van burgerlijkheid conformeerde zich te veel aan de gangbare maatschappelijke normen. Nu lijken de termen burger en burgerschap als vliegwielen te fungeren voor allerlei ideologisch maatschappelijke doelen. In dit hoofdstuk zullen we trachten het begrip burgerschap te omschrijven. We beschrijven hoe in de afgelopen jaren de verschillende beleiddoelen zich ontwikkelden, evenals de hoop en de verwachtingen ten aanzien van burgerschap.

### Burgerschap: wat is het?

Het begrip burgerschap blijkt een containerbegrip, een term die vele ladingen dekt. Bovendien is in de loop der tijd de betekenis veranderd. In de Griekse oudheid waren burgers gerechtigd tot het deelnemen aan staatszaken. Vrouwen en slaven waren geen burgers maar onderdanen en hadden deze rechten niet. Een ‘goede burger zijn’ was toen al belangrijk en daarbij ging het vooral om het verrichten van plichten.

De volgende drie stromingen zijn te onderkennen in opvattingen over burgerschap namelijk de liberale, de neorepublikeinse en de communitaristische. Bij de liberale opvatting ligt de nadruk op de rechtspositie. Een legale burger kan aanspraken doen op burgerrechten. De neorepublikeinse opvatting legt de nadruk op participatie, waarbij ook politieke participatie belangrijk is. Samen dient vorm gegeven te worden aan de pluriforme maatschappij. De communitaristische opvatting beoogt niet alleen dat burgers meedoen aan het maatschappelijke leven, maar dat ze hierbij ook betrokken en loyaal zijn. Gemeenschappelijke en gemeenschapswaarden worden overgedragen en moeten

in stand blijven (Hortulanus & Machielse, 2001). Deze waarden worden geinternaliseerd en burgers identificeren zich met het land waarin ze wonen.

Een klassieke omschrijving van burgerschap is afkomstig uit het werk van Thomas Humphrey Marshall (van Houten, 1999, p. 41-44). Hij definieert burgerschap in verschillende lagen. De eerste laag is een officiële status: het inwoner zijn van een land geeft burgerlijke rechten sinds de achttiende eeuw. Een tweede laag van burgerschap verwijst naar politieke rechten zoals kiesrecht. Een derde laag is toegevoegd in de loop van de twintigste eeuw en stelt volwaardig lidmaatschap van de samenleving centraal. Burgerschap kreeg zo een sociale lading, mede door de uitbouw van publieke dienstverlening zoals onderwijs en zorg.

### Burgerschap als norm

In 1992 verscheen onder leiding van Herman van Gunsteren het rapport *Eigentijds Burgerschap* van de WRR (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1992). Deze studie beoogde vanuit diverse perspectieven een bijdrage te leveren over het debat rondom burgerschap en de relatie tussen burger en overheid. Ook toen was de begripsdefiniëring een aandachtspunt. Er werd geconstateerd dat ondanks de toenemende aandacht voor burgerschap de inhoud van het begrip in grote mate onduidelijk is en voor meerdere interpretaties vatbaar. ‘Tegelijkertijd (...) dreigt het begrip steeds meer te gaan omvatten zodat het zijn onderscheidend vermogen verliest’ (p. III).

Het rapport beschreef destijds dat de snel veranderde politieke en maatschappelijke context ervoor zorgde dat gangbare concepten over de algemeen sturende rol van de overheid herijkt zou moeten worden. Hedendaagse pluriformiteit wordt er geduid als ‘vliedender’ en ‘onbestendiger’. Daarom produceert de pluriforme samenleving niet langer uit zichzelf voorwaarden en concepten van burgerschap. De eerder veronderstelde homogene concepten over de rol van de overheid verdwijnen, terwijl de loyaliteit van individuen tegenover het systeem niet langer een gegeven is. De betrokkenheid van burgers, hun loyaliteit en burgerschapszin worden binnen een pluriforme samenleving een kernprobleem. Van Gunsteren en zijn collega’s stelden dat de overheid als het ware gedwongen wordt om in de aanpak van dit probleem zelf het voortouw te nemen, omdat burgers daar in mindere mate op aan te spreken waren.

Deze opdracht werd door de overheid opgepakt. In de Contourennota Integratiebeleid van de Tweede Kamer uit 1994 werd voor het eerst officieel

over burgerschap gesproken. Burgerschap werd daarin als volgt beschreven: 'Burgerschap als basisprincipe van het toekomstig beleid veronderstelt vrije, autonome en actieve burgers die verantwoordelijkheid dragen voor zichzelf en de samenleving en daarop ook aangesproken kunnen worden.'

Burgerschap veranderde hiermee van een descriptief begrip in een normatief begrip. Door allerlei beleidsinterventies tracht de overheid burgers aan te sporen tot goed burgerschap.

Deze vorm van burgerschap – 'de vrije, autonome, actieve en verantwoorde-lijke burger' – werd tot norm verheven, vooral in de discussie over integratie. Al jaren werd gesproken over etnisch minderhedenbeleid en allochtonenbeleid. Binnen het integratiebeleid werd het 'activerend burgerschap' de primaire doelstelling en het leidende thema. Minderheidsgroepen moesten actieve burgers worden, ze moesten de taal leren en deelnemen aan het arbeidsproces. Burgers waren dan verschillend van achtergrond, maar ieder diende zich te voegen naar de Nederlandse wet.

Zoals we net stelden werd beleid geformuleerd op de problematiek van de verkleuring van de samenleving. Er waren al decennialang steeds nieuwe bevolkingsgroepen in Nederland komen wonen met problemen op het gebied van leefbaarheid, arbeid, gezondheid en veiligheid in wijken. Er werd gesproken over de multiculturele samenleving en later over de pluriforme samenleving. Om de eerder genoemde problemen aan te pakken werd divers integratie- en emancipatiebeleid geformuleerd. Dit beleid laat in de loop der jaren verschuivingen zien. Was het eerder gericht op bevolkingsgroepen die al in Nederland woonden, later ontstaat beleid dat zich vooral op nieuwe burgers richt. Onder de vlag van 'burgerschap' werd integratiebeleid dus vooral gericht op nieuwe bevolkingsgroepen en ter voorkoming van allerlei maatschappelijke problemen.

Burgerschap was daarmee niet alleen normatief van aard geworden, het kreeg ook nog een verplichtend karakter. Sinds 2004 wordt verwacht dat mensen inburgeren, waarbij nieuwe burgers geacht worden zelf actief te zijn. Er worden eisen gesteld aan het leren van de taal en nieuwe burgers dienen actief naar werk op zoek te gaan. Nieuwkomers worden verplicht om een inburgeringscursus te volgen.

Deze ontwikkelingen in burgerschap in relatie tot onze nieuwe Nederlanders illustreert daarenboven dat burgerschap zich niet alleen van een descriptief begrip tot een normatief begrip ontwikkelde, maar daarmee ook een vleug van maakbaarheid kreeg.

In de Wet inburgering (2006) zo'n twaalf jaar na de eerder aangehaalde Contourennota werden wettelijke eisen aan 'Nieuwe Nederlanders' vastgelegd. Hierdoor zouden integratieproblemen opgelost worden. Minderheidsgroepen zouden als volwaardige burgers participeren in de samenleving. Er werd zelfs een heus 'Deltaplan Inburgering' opgesteld om de bijbehorende activiteiten uit te voeren.

Niet alleen 'Nieuwe Nederlanders' waren het aangrijpingspunt van dit beleid, maar ook 'oude Nederlanders' dienden opgevoed te worden in burgerschap ter voorkoming van problemen als desintegratie, verharding van de maatschappij en teloorgang van waarden en normen – die de leefbaarheid in wijken negatief beïnvloedden. Ook de erg verschillende niveaus van politieke en maatschappelijke participatie (en dan met name de zorgwekkende non-participatie bij veel laaggeschoolden) zorgt voor een toegenomen belangstelling voor burgerschap.

Het onderwijs kreeg hierin een bijzondere taak. Sinds 2006 is er een wettelijke verplichting aan het primair en voortgezet onderwijs om actief burgerschap en sociale cohesie/integratie te bevorderen. Het onderwijs diende dit vorm te geven en uit te werken. Kinderen in het basisonderwijs en middelbaar onderwijs krijgen scholing in burgerschap. Dat wordt verschillend ingevuld en kan variëren van methoden als leefstijl en antipestprogramma's tot lessen in staatskunde, debatteren en/of maatschappelijke stages.

En zo werd als antwoord op de maatschappelijke problemen van segregatie en individualisering een normatieve en politieke opdracht gegeven aan het onderwijs. Dat ging samen met veel aandacht voor polarisering en radicalisering. Uitwerking en uitvoering werden aan deze sector zelf overgelaten. Volgens Tonkens zou 'burgerschapsvorming in het onderwijs moeten bijdragen aan een verminderd gebrek aan sociale samenhang, een afname van het consumentisme, een afname van sociale uitsluiting en een verminderde kloof tussen burgers en politiek' (Tonkens, 2006b).

## De kracht van burgerschap

De oproepen van Balkenende van een paar jaar geleden voor het herstel van waarden en normen werden destijds wat besmuikt ontvangen. Nu zijn er leerstoel en lectoraten voor 'actief burgerschap'. En er zijn velerlei beleidsactiviteiten op het gebied van burgerschap vanuit de idee dat door burgers aan te spreken op hun verantwoordelijkheden maatschappelijke problemen op te

lossen zijn. De samenleving is kennelijk maakbaar. Het lijkt een toverformule: 'een ongewenste maatschappelijke situatie + krachtige beleidsinterventie = een gewenste toekomstige situatie' (van Twist & Verheul, 2009). Waar komt dit beleidsoptimisme vandaan? Waar is dit geloof op gegrond?

## Burgerschap als panacee?

Veranderingen in de samenleving, over de rol van de burgers, van de overheid en de gehele samenleving, bleek een interessant onderzoeksobject en velen hebben zich hier dan ook over gebogen. Sinds de WRR-publicatie van Herman van Gunsteren en zijn collega's in 1992 verscheen onder meer *Aansprekend burgerschap* van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling in 2000. Daarin stelt de RMO dat door verzakelijking van betrekkingen in samenleving en arbeid paradoxaal doelen op het gebied van effectiviteit en efficiëntie juist niet worden behaald. De overheid zou meer vanuit vertrouwen moeten sturen en kleinschaligheid moeten organiseren om tot 'aansprekend burgerschap' te komen.

In 2005 schrijft het Sociaal en Cultureel Planbureau in *De goede burger* dat de overheid zich zorgen maakt over de atomisering van de samenleving en tegelijkertijd individuen aanspreekt om aan sociale cohesie te werken.

In het jaarverslag 2007 *Burgerschap verzilvert* geeft de Nationale Ombudsman een karakterisering van de rol van de burger in Nederland: 'De burger wordt niet gezien als bron van het gezag van de staat waardoor burgers zich onvoldoende verbonden voelen met de publieke zaak. De burger is eerder object dan subject en in bestuurlijk Nederland bestaat de neiging om over de burger te beslissen zonder hem voldoende als burger te betrekken bij de overheid.'

In de oratie van Evelien Tonkens in 2006 is onder de treffende titel 'De bal bij de burger' beschreven dat op allerlei manieren gepoogd wordt om de burger actief te laten zijn (Tonkens, 2006a). Er zijn vijf ministeries die zich hier mee bezighouden. De overheid roept burgers op om actieve burgers te zijn. Ook in de Wmo is een belangrijke rol voor burgers weggelegd. De overheid werkte daarnaast aan een 'Handvest voor burgerschap' (zie [www.handvestburgerschap.nl](http://www.handvestburgerschap.nl)). Dit werk kwam door de val van het kabinet-Balkenende in februari 2010 echter tot stilstand.

Tonkens onderscheidt burgers in vier gedaanten: als verantwoordelijke, fatsoenlijke, zorgzame en deliberatieve burgers en koppelt de hernieuwde aandacht voor burgerplichten aan een nieuwe aandacht voor een positieve publieke moraal, voor waarden en normen. Zo ontstonden de stadsetiquette in



Rotterdam en de stadsregels in Gouda en kwam Stichting Sire met spotjes 'tegen de hufterigheid'. Er wordt nogal veel van burgers gevraagd terwijl, volgens Tonkens, er weinig met hen over gesproken wordt: 'Professionals wordt impliciet de schone taak gegeven om de publieke moraal vorm te geven terwijl zij de noodzakelijke maatschappelijke en institutionele steun om deze door te voeren, ontberen.' Tonkens constateert dat er na de jaren tachtig door het neoliberale marktdenken nauwelijks plaats was voor een positieve publieke moraal. 'Men moest maar doen wat men niet laten kon zolang het een ander maar geen schade berokkende' was de heersende opvatting die volgens Tonkens resulteerde in enerzijds een verharding in het publieke debat en anderzijds verwaarlozing. Er zou sprake zijn van overmatige aandacht voor negatief gedrag en preventie en verwaarlozing van mensen die geen overlast bezorgden maar met wie het niet zo goed gaat. Tonkens stelt dat de inhoud van de beoogde publieke moraal impliciet en abstract blijft en dat de terugtrekkende overheid die burgerinitiatieven stimuleert juist maatschappelijke ongelijkheid bewerkstelligt. Van mogelijkheden tot burgerinitiatieven weten vooral hoger opgeleiden gebruik te maken. Volgens Tonkens blijkt uit onderzoek echter dat actief burgerschap alleen tot stand komt in een institutioneel stimulerende context: in samenspraak met actieve overheden, maatschappelijke organisaties en professionals die oog hebben voor individuele belangen, maar ook voor het publiek belang. De overheid kan het realiseren van maatschappelijke doelen als 'meedoen, maatschappelijke participatie' dus niet louter overlaten aan de initiatieven van actieve burgers.

Bovenstaande kritiek geeft aan dat het geloof in burgerschap als panacee en de vormgeving ervan door het huidige beleid bedrieglijk zijn. Is er enige aanwijzing dat al deze interventies die burgerschap willen opbouwen ook leiden tot het gewenste effect? Of is er hier sprake van 'beleidshomeopathie' (Leeuw, 2008)? Er wordt fors geïnvesteerd in beleid en interventies waarvan de werkzaamheid volstrekt onduidelijk is. Burgerschap lijkt meer *value based* dan *evidence based*. Zonder indicatie dat het werkt werden allerlei normatieve interventies door de overheid ingezet. En alle inspanningen van deskundigen en onderzoekers ten spijt blijft de eerder genoemde observatie standhouden dat het burgerschapsbegrip een containerbegrip is, dat het nog steeds niet vanzelfsprekend is dat burgers loyaal zijn aan het systeem. Spangenberg en Lampert constateren dat steeds meer jongeren zich een maatschappelijke buitenstaander voelen (Spangenberg & Lampert, 2009). De aanbevelingen van de RMO blijven overeind en de kwestie tussen overheid en burgers over meepraten en meedoen blijft spelen. Recentere onderzoeken beschrijven nog

geen kentering. Blijft de overheid hoopvol wachten op de komst van de actieve burger en blijft de burger op zijn beurt hopen op de komst van een ‘actieve overheid’? Vanuit het perspectief van evidence based practice is de casus burgerschap en burgerschapsinterventies alvast boeiend door het contrast tussen het sterk uitgebouwde normatief debat over doelstellingen en het vooralsnog zwak onderbouwde instrumentarium van interventies.

## 7. Wat moet en kan sociaal werk met evidence based practice?

Evidence based practice is meer dan een tijdelijke hype, meer dan het zoveelste modieuze begrip dat even de gesprekken in de sociale sector domineert en dan weer verdwijnt. Misschien dat het begrip op zich weer verdwijnt, maar de uitgangspunten en doelstellingen van evidence based practice raken de kern van het moderniseringsproces van elke hulpverlening, en zijn essentieel voor sociaal werk. Het is goed daarom een gelaagdheid te onderkennen in hoe sociaal werk er zich moet tot verhouden. Om te komen tot een hulpverlening die ten volle de kansen van evidence based practice benut, moet er op zowel macro-, meso- als microniveau een goede infrastructuur uitgebouwd worden.

### Macroniveau

Op *macroniveau*, dat wil zeggen de nationale en internationale kennisgemeenschap rondom sociaal werk, moet er voldoende onderzoek uitgevoerd worden. Universiteiten zijn daarvoor vanzelfsprekend belangrijke partners, al kennen we in Nederland nauwelijks sociaal werk op academisch niveau zoals dat in Angelsaksische landen bestaat. Sociaal werk is geen wetenschappelijke discipline zoals sociologie of geneeskunde en heeft dus ook geen departementen aan de Nederlandse universiteiten. In het verleden was dat in een korte periode wel het geval, ten tijde van de andragologie (zie [www.canonsociaalwerk.nl](http://www.canonsociaalwerk.nl), 1962). Nu heeft sociaal werk geen institutionele verankering meer in de academische wereld en bevindt het zich eerder aan de rafelrand van het aandachtsgebied van een aantal vakgroepen, zoals TRANZO in Tilburg of de onderzoeksgroep rondom Jan Willem Duyvendak. Naast universiteiten zijn ook andere onderzoeksorganisaties relevant als uitvoerders van onderzoek zoals het Verwey-Jonker instituut, MOVISIE of het Nederlands Jeugdinstituut, alsook de lectoraten aan de HBO-instellingen (zie [www.lectorenzorg.enwelzijn.nl](http://www.lectorenzorg.enwelzijn.nl)).

Er zijn dus voldoende organisaties voor uitvoering, maar het ontbreekt Nederland aan financiering en vooral aansturing van onderzoek naar sociaal werk. Overkoepelende en dominante structuren zoals de NWO voor wetenschappelijk onderzoek of ZonMw, de Nederlandse Organisatie voor Gezond-

heidsonderzoek en Zorginnovatie zijn er helaas voor de sociale sector niet. Het Ministerie van VWS heeft via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) veel gedecentraliseerd naar gemeenten en neemt geen regie over een landelijke onderzoeksagenda. Daardoor ontbreekt het aan samenhang en structurele samenwerking tussen de verschillende onderzoeksinspanningen die wel gebeuren. De collectieve oogst van onderzoek naar effectiviteit van sociale interventies is brokkelig en vertoont vele blinde vlekken.

Bouwstenen voor evidence based practice in sociaal werk zoals die via onderzoek in beeld komen vinden hun weg naar de wetenschappelijke pers en vakpers. Het informatielandschap waarin onderzoeksresultaten hun weg vinden naar gebruikers wordt steeds meer een digitaal informatielandschap (zie hierover ook hoofdstuk 11). Publicaties worden niet alleen op papier verspreid, maar ook als pdf-bestand of als onderdeel van websites. Vakbladen komen nog wel maandelijks in een envelop via de post, maar ook bijna dagelijks in de vorm van digitale nieuwsbrieven in de mailbox. Die ontwikkeling creëert zowel kansen als bedreigingen (Steyaert, 2010 (submitted)).

Om de toegankelijkheid van onderzoeksresultaten te vergroten en zo evidence based practice meer kansen te geven, wordt in verschillende sectoren gewerkt met databanken waarin al het onderzoek overzichtelijk samengebracht wordt. Ze kunnen omschreven worden als ‘grote warenhuizen’ van beroepskennis. Het bekendste voorbeeld daarvan is de Cochrane Collaboration voor gezondheidszorg, genoemd naar de Britse arts Archie Cochrane. Hij was een groot voorstander van wetenschappelijke onderbouwing van medisch handelen. Sinds 1993 brengt dit initiatief onderzoeksresultaten samen in zogenaamde Cochrane Reviews (zie [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org) en [www.cochrane.nl](http://www.cochrane.nl)). Meer op het terrein van de sociale sector is er de vergelijkbare Campbell Collaboration, genoemd naar de Amerikaanse psycholoog Donald Campbell en actief sinds 2002. Daar worden onderzoeksresultaten gebundeld op het terrein van veiligheid, onderwijs en welzijn (zie [www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org)).

Omdat taal en lokale context belangrijke contextbepalende elementen zijn voor het werk in de sociale sector, zijn er Nederlandse initiatieven ontstaan die vergelijkbaar zijn met de Cochrane- en Campbelldatabanken. Zo zijn er het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) en de Erkenningscommissie Gedragsinterventies van het Ministerie van Justitie, de databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut en het project ‘Effectieve interventies’ van MOVISIE (over die laatste, zie Rensen, et al., 2009; van der Zwet, et al., 2010 (in druk)). Alle bieden ze

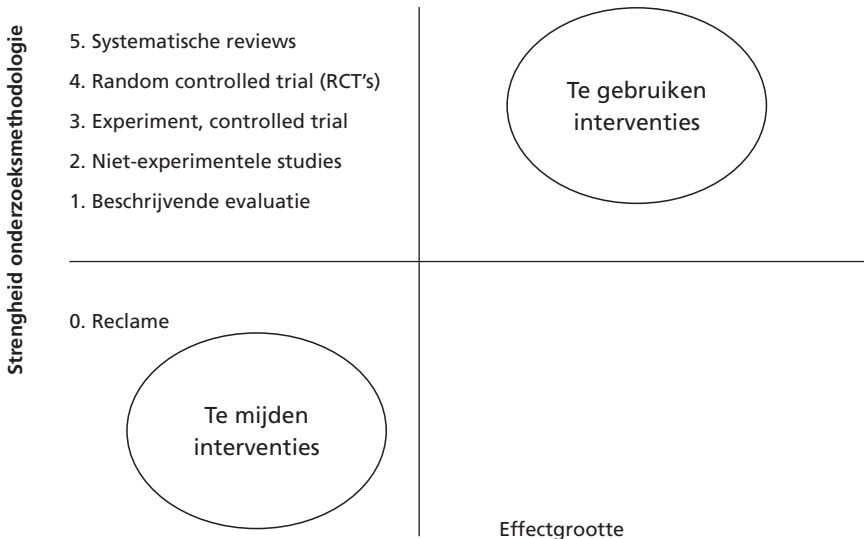
een overzicht van wat er over een bepaald segment van de hulpverlening aan effectiviteitsonderzoek beschikbaar is. Kenmerkend is dat deze databanken het beschikbare materiaal op een zinvolle manier rangschikken volgens methodologische strengheid – hoe hoog de onderzoeken in de hiërarchie van informatie staan (zie hoofdstuk 5). Een random controlled trial staat zo hoger dan een beschrijvend verkennend onderzoek. Op die manier wordt het kaf van het koren gescheiden en komen de methodologisch betere onderzoeken meer tot hun recht.

Strengheid van onderzoeksopzet is echter slechts één as waarlangs onderzoeksmateriaal gerangschikt kan worden. Daarnaast is er het voor de hulpverlening veel belangrijker element van effectgrootte. Het is denkbaar dat een interventie die alleen op descriptief niveau onderzocht is in de genoemde databanken een lage waardering krijgt, maar toch een veel groter effect heeft dan een interventie die via random controlled trial onderzocht is. De eendimensionale waarding van het beschikbaar onderzoek moet daarom uitgebreid worden tot een tweedimensionale waarding, met in de linker onderkwadrant de te mijden interventies en rechtsboven de te gebruiken interventies. De strengheid van onderzoeksmethodologie staat dan op één as, met het niveau reclame als negatieve waarde en de in hoofdstuk 5 genoemde niveaus van beschrijvende evaluaties tot systematische reviews als positieve waarden.

Voor effectgrootte is minder een algemene consensus over de te gebruiken parameter, als effectgrootte al in de discussie meegenomen wordt. Het NJi verwijst hiervoor naar de statistische maat 'Cohens d', die kan variëren tussen -2 (negatieve effecten) en +2 (sterke positieve effecten). Het opnemen van deze of een vergelijkbare maat voor effectgrootte, naast de traditionele p-waarde voor statistische significantie, zou toelaten onderzoeksresultaten zinvol op de tweedimensionale matrix te positioneren. Helaas bevatten effectonderzoeken in sociaal werk nog maar zelden dit soort informatie, wat hun relevantie voor de praktijk erg beperkt. Dat is overigens niet alleen het geval in Nederland en Vlaanderen, maar een internationaal verschijnsel (LeCroy & Krysik, 2007).

Effectiviteit van sociale interventies is dan ook een complex gegeven. Niet alleen is er de vraag welke statistische maat te gebruiken, maar vooral ook de vraag wiens perspectief op effectiviteit relevant is. Neem het voorbeeld van een uithuisplaatsing van een jongere. Meet je dan het effect vanuit het perspectief van de samenleving, dat van de jongere zelf of dat van de ouders die hun kind niet meer mogen opvoeden en zo een diploma van onbekwaam-

heid krijgen? Dezelfde situatie zal vanuit die verschillende perspectieven nogal verschillende uitspraken over de effectiviteit van de interventie opleveren. Desondanks blijft het zoeken naar een manier om het ook ordenen van onderzoek naar effectgrootte essentieel om van evidence based practice een zinvolle benadering te maken.



Ten slotte herinneren we de lezer nog even aan wat we in hoofdstuk 1 schreven over de behoefte aan informatie over de kosten die gepaard gaan met een bepaalde sociale interventie. Het is goed mogelijk dat twee interventies in de rechter bovenhoek van de matrix staan en dus goed onderzocht zijn en een goede effectgrootte laten zien, maar dat de ene interventie bijvoorbeeld maar 20 procent van de andere interventie kost. Om niet alleen aan evidence based practice te doen in sociaal werk maar ook efficiënt te werken, zou dus een driedimensionele matrix nodig zijn, met economische waardering van de interventies als derde as. Zeker nu met de vergrijzing van de bevolking betaalbaarheid van zorg een grote uitdaging wordt, is dergelijke bijkomende dimensie voor de waardering van sociale interventies essentieel.

## Mesoniveau

Op mesoniveau, dat wil zeggen op het niveau van de organisaties die sociaal werk uitvoeren (bijvoorbeeld brede welzijnsinstellingen) dan wel dit financieren (bijvoorbeeld lokale overheden in het kader van de Wet maatschappelijke

ondersteuning), moeten er ruimte en waardering zijn voor onderzoeksmatige toetsing en onderbouwing van de effectiviteit van sociale interventies. Een gemeente kan bij een aanbesteding van bijvoorbeeld jongerenwerk in een bepaalde wijk verzoeken als onderdeel van de offerte aan te geven welke interventies ingezet zullen worden, en op basis van welke informatie juist gekozen wordt voor deze interventies. Een gemeenteraad kan de wethouder vragen waarom gekozen wordt voor een bepaalde aanpak en welke onderzoeksgegevens beschikbaar zijn die de keuze verantwoorden. Een welzijnsorganisatie kan ervoor zorgen dat de meest recente wetenschappelijke inzichten vlot beschikbaar zijn binnen de organisatie, via publicaties of een lezingenreeks of continue bijscholing van haar personeel. Men kan de hulpverleningspraktijk openstellen voor onderzoekers, zodat er kansen tot een kritische reflectie georganiseerd worden.

In de internationale literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen een beperkt aantal manieren waarop hulpverlenende organisaties ruimte maken voor evidence based practice (Walter et al., 2004). Een eerste model is de *research based practitioner* waarin eigenlijk de organisatie de verantwoordelijkheid om de praktijk van hulpverleners met wetenschap te verknopen decentraliseert en toewijst aan individuele hulpverleners. Men sluit aan bij de professionele autonomie van hulpverleners en geeft hen ruimte. Zij moeten hun vak bijhouden via vakliteratuur, bijscholing of beroepsvereniging en op de hoogte zijn van de laatste onderzoeksuitspraken over wat zorgvuldig hulpverleners is. In een tweede model, het *embedded research model*, wordt de verknoping van praktijk en wetenschap ingebed in organisatiestructuren via bijvoorbeeld richtlijnen en protocollen of via informatiesystemen. Het is niet langer de individuele hulpverlener die verantwoordelijkheid op dit terrein draagt, maar de manager of beleidsmaker. Beide modellen zien onderzoek als een lineair proces waarbij kennis genomen wordt van resultaten van onderzoek, dit op waarde beoordeeld wordt en opgenomen wordt in het professioneel handelen. Het derde model, de *organizational excellence*, gaat een stapje verder omdat hier hulpverlenende organisaties duidelijk werken aan een onderzoekscultuur en zich actief als partner profileren voor universiteiten en andere onderzoeksinstituten. Men ziet niet alleen een relevante positie voor de praktijk op het einde van onderzoeksprocessen, in de fase van toepassing, maar loopt in de frontlinie door actief mee onderzoek te doen en mogelijk te maken.

De drie modellen sluiten elkaar niet uit, maar kunnen tegelijk in dezelfde organisatie voorkomen. McLaughlin argumenteert dat in een lerende orga-

nisatie juist de drie modellen samen aanwezig zijn (McLaughlin, 2010 (in press)). Daardoor is de organisatie continu in beweging, steeds lerend en altijd bezig zichzelf te hervormen. Elke beweging is zowel geïnspireerd door onderzoeksresultaten als opnieuw object van onderzoek en evaluatie. Zo ontstaat een cyclisch proces waarin geleerd wordt van successen en fouten.

## Microniveau

Ten slotte moet niet alleen op macro- en mesoniveau de juiste context aanwezig zijn voor het benutten van onderzoek in hulpverlening, maar ook op microniveau, bij de hulpverlener zelf. Het gaat dan om specifieke vaardigheden en houdingen. Het opleidingskader voor de Nederlandse sociaal-agogische opleidingen omschrijft dat een sociaal-agoog praktijkgericht onderzoek kan uitvoeren dat is gericht op planontwikkeling en beroepsontwikkeling (x., 2008, p. 30). Daarmee komt de hulpverlener als producent van onderzoek in beeld. Dat is mooi, maar er gaat een aantal stappen aan vooraf. Slechts een minderheid van de hulpverleners zal actief (praktijkgericht) onderzoek doen, maar alle hulpverleners zouden wel kritisch consument moeten zijn. En sommigen van hen zullen in de positie terechtkomen dat ze opdracht geven tot onderzoek. Dat zijn relaties tot onderzoek die niet meteen dezelfde vaardigheden vragen als het zelf uitvoeren van onderzoek.

Deze verzameling benodigde vaardigheden begint met een houdingskenmerk, namelijk hulpverleners vanuit professionele twijfel (zie [www.canon.sociaalwerk.nl](http://www.canon.sociaalwerk.nl), aanvullingen, 1973). Het is goed dat er sprake is van toegewijde uitvoering, maar steeds moet de vraag in het achterhoofd spelen of de toegepaste sociale interventie wel helpt, of de gehoopte doelstellingen wel behaald worden en of er geen betere interventies mogelijk zijn. Er is daarbij sprake van een dubbele agenda, want enerzijds is het belangrijk dat een hulpverlener gelooft in de kracht van zijn handelen (het zogenaamde 'belief effect', zie hoofdstuk 3), terwijl anderzijds gevraagd wordt om een gezonde mate van twijfel in die kracht. Men zou kunnen spreken van een behoefte aan schizofrene professionaliteit.

Als tweede houdingskenmerk moet de hulpverlener een voorkeur hebben of ontwikkelen voor het gebruik van wetenschappelijke informatie, voor kennis over effecten van interventies op basis van onderzoek. Het gaat er in een professionele context niet om hulp verlenen op een wijze die goed aanvoelt of waarmee men vertrouwd is, maar met wat aantoonbaar goed handelen is. En daarbij is niet elke bron gelijkwaardig, sommige hebben zwakkere argumen-



tatiewaarde. Vergelijk het met de aanschaf van een nieuwe auto: je wint wel informatie in bij de autodealer, maar gelooft daarvan niet alles zomaar en legt je oor ook te luisteren bij kritisch vergelijkende informatie van bijvoorbeeld *Autozine* of vergelijkbare tijdschriften. Dat is bij hulpverlening niet anders: je gelooft niet de eerste folder of website, maar zoekt verder naar informatie met meer objectiviteit, dichterbij onderzoek. Zowel bij de auto als bij hulpverlening zit in zo'n houding een zekere aversie van autoriteit, het is antiautoritair informatiegedrag. Bekende organisatie X of belangrijk politicus Y mag bepaalde meningen hebben over welk sociaal werk nodig is, maar je wantrouwt het zolang de effecten ervan niet via onderzoek bevestigd zijn.

Zo'n aanpak geeft de hulpverlener meteen houvast in het gevarieerde aanbod van mogelijke sociale interventies, met telkens nieuwe aanbiedingen die als op een markt enthousiast aangeprezen worden, en met opdrachtgevers en cliënten die ook hun voorkeuren laten blijken. Evidence based hulpverleners is daarom meteen ook afstand nemen van authority based hulpverleners.

De combinatie van beide houdingen betekent dat elke hulpverlener zich continu afvraagt waar het eigen handelen te positioneren is op de genoemde matrix en zoekt naar betere alternatieven in de rechter bovenhoek.

Als deze houdingskenmerken aanwezig zijn, dan worden vaardigheden relevant. Zo moet de hulpverlener een kritisch consument kunnen zijn van onderzoeksinformatie. Dat omvat een dosis informatieverwerkingsvaardigheden (Waar kan ik welke informatie vinden en welke tijdschriften zijn relevant voor mijn situatie?), kennis van de eerder genoemde 'grote warenhuizen' en het kunnen zoeken van relevante informatie via zoekmachines op internet. De spiegeling van deze vaardigheid is te vinden in de wetenschapper die zijn onderzoeksresultaten helder en toegankelijk moet beschikbaar stellen (zie hoofdstuk 11 en Steyaert et al., 2010 (in druk)).

Het gaat hierbij ook om vaardigheden waarbij de kwaliteit en de relevantie van het gevonden materiaal beoordeeld worden. Het is niet zo dat de snelst gevonden informatie altijd de meest relevante of meest nauwkeurige informatie is. Enige volharding is nodig om ook het minder toegankelijke materiaal te vinden, zeker nu wetenschappers er door de publicatiecultuur toe aangezet worden vooral in buitenlandse tijdschriften te publiceren. Een andere klasieke fout is dat informatie die op internet gevonden is niet op houdbaarheidsdatum nagekeken wordt. En dan blijkt het gevonden materiaal soms door nieuwe onderzoeken of nieuwe beleidsuitspraken achterhaald te zijn en daardoor waardeloos.

Kwaliteit van informatie heeft echter niet alleen met datum te maken, maar ook met de objectiviteit en strengheid ervan. De film *Cool* van Theo van Gogh en het boekje *Uitzicht zonder tralies* (van der Kolk & van den Berg, 1999) over de Glen Mills School zijn best informatief, maar beide zijn wel gemaakt en verspreid in opdracht van de Hoenderloogroep, die het Glen Mills-project uitvoert en dus belanghebbende partij is. De Engelse taal heeft een mooie term voor dergelijke publicaties: *vanity publishing*, te vertalen als ijdelheidsteksten. In het digitale informatielandschap tiert dit verschijnsel welig en zijn veel websites gemaakt door de persoon of organisatie waarover ze gaan. Een gezonde dosis argwaan is op zijn plaats bij het lezen van dergelijke informatie, vanuit het besef dat hier mogelijk een gekleurd beeld gegeven wordt dat minder fraaie kanten van het verhaal weglaat of onderbelicht. Publicaties van onafhankelijke onderzoeksinstellingen hebben in regel meer objectiviteit en vragen een lagere graad van argwaan bij het verwerken van de informatie. Wel is daarin belangrijk te letten op de in hoofdstuk 5 aangehaalde hiërarchie van onderzoeksmethodologie: een casestudy geeft zwakkere argumenten dan een random clinical trial.

Dergelijke publicaties doornemen vraagt enige kennis van statistiek van de lezer, voldoende om de kracht maar ook de zwakte van het kwantitatieve materiaal te zien. Complexe statistische berekeningen met resultaten tot drie cijfers achter de komma zien er al heel snel indrukwekkend en nauwkeurig uit, maar als de basis ligt in een erg kleine steekproef, een bevraging met een hoge non-respons of een zogenaamde *convenience sample* worden de statistieken al iets minder indrukwekkend.

Opnieuw is hier sprake van enige schizofrene professionaliteit. De hulpverlener moet zich laten inspireren door de uitkomsten van onderzoek naar de effecten van sociale interventies, maar tegelijk bescheiden zijn in zijn verwachtingen. Er is gewoon erg weinig onderzoeksmateriaal beschikbaar en er zijn weinig harde handelingsuitspraken uit te putten. Tegelijk is niet handelen in de sociale sector geen optie. Een kwetsbare burger moet geholpen worden, ook als er geen wetenschappelijk onderbouwde benadering beschikbaar is. Het principe *in dubio abstine* kan niet toegepast worden, het niet interveniëren in maatschappelijke vraagstukken is geen realistische optie. Dat geldt zowel voor de lokale overheid als voor opdrachtgevers van sociaal werk en voor hulpverleners zelf. Overheid en beleid moeten zich slagvaardig tonen, willen ze politiek overleven. Ze worden door de kiezer gedwongen alwetend te zijn en voor alle maatschappelijke problemen een geschikt antwoord te hebben. En hulpverleners moeten op dezelfde wijze elke probleemsituatie aanpakken, ongeacht of er wel of niet een evidence based grondslag is voor inter-

venties. Het gericht zijn op evidence based practice mag zich niet vertalen in verlamming.

Ten slotte vraagt het hulpverleners vanuit de gedachte van evidence based practice ook besef over de beperkingen daarvan binnen de context van sociaal werk. In de medische sector is effect van medische interventies nog behoorlijk eenduidig te omschrijven: het herstellen van de gezondheid, het verlengen van de levensduur, het verminderen van pijn. Natuurlijk is er wel eens discussie over de wenselijkheid van die doelstellingen, want niet in elke situatie is het verlengen van de levensduur de wens van de patiënt en niet elke dove is blij met de geweldige vooruitgang van cochleaire implantaten. Maar ondanks de emotionele heftigheid van dergelijke discussies blijft de grote consensus bestaan over de doelen van medisch ingrijpen.

Bij sociaal werk ligt dat nog wel eens anders. Een straathoekwerker of jongerenwerker die te maken heeft met klachten in de wijk over jongeren die overlast veroorzaken, krijgt misschien van die jongeren een heel ander perspectief aangereikt ('We doen toch niemand kwaad,' 'Waar moeten we anders heen, er is hier niets voor jongeren?'). Verslavingszorg krijgt te maken met kwetsbare burgers die zich dikwijls gesetteld hebben in hun probleem en helemaal niet gediend zijn met de doelstelling op wat langere termijn om hen van hun verslaving af te helpen. Ze willen gewoon snel 'scoren'. Hulpverleners bij de UWV die cliënten uit de ziektewet of werkloosheid begeleiden, al dan niet samen met een re-integratiebureau, krijgen ook wel eens te maken met mensen die helemaal niet gediend zijn van hun 'helpen' en liever van een uitkering blijven leven. En wat te denken over bemiddeling van maatschappelijk werk bij echtscheiding, wanneer is daar het effect bereikt? Als de relatie hersteld wordt en de partners bij elkaar blijven (ondanks misschien continue onderhuidse ruzies) of als er met zo min mogelijk pijn een einde aan de relatie komt?

Deze voorbeelden illustreren dat de notie 'effect' binnen sociaal werk zelf problematisch en meervoudig is. Wat de ene betrokkene als gunstig effect omschrijft, zal de andere als ongunstig omschrijven. In de literatuur staat dit bekend als het informantprobleem: de mate waarin het effect van een interventie als positief ervaren wordt, is erg afhankelijk van wie men als informant bevraagt (van Yperen, 2003). Daarom zal sociaal werk altijd naast evidence based practice ook value based practice moeten zijn. De heersende normen en waarden van zowel cliënt als hulpverlener en samenleving bepalen mede welke effecten belangrijk zijn. En vanzelfsprekend zullen al deze actoren niet dezelfde voorkeuren hebben, en zullen er tegenstrijdige verwachtingen zijn.

De kennisbasis van de sociale sector zal daarom steeds behalve een portie wetenschap ook een stevige portie ethiek omvatten. Naast evidence based practice is er ook morele oordeelsvorming, naast behoefte aan wetenschap is er behoefte aan 'moresprudentie' (van Doorn, 2008).

## 8. Casus: ervaringsdeskundigen

‘Who then can so softly bind up the wound of another,  
as he who has felt the same wound himself?’  
Thomas Jefferson

In dit hoofdstuk verkennen we eerst de opkomst van zelfhulpgroepen vanuit het perspectief van vermaatschappelijking van de zorg. Daarna buigen we ons over de vraag wat ervaringsdeskundigheid en -kennis zijn en waarom die begrippen op steeds meer belangstelling kunnen rekenen. Wat is nu precies hun kracht? Kunnen we voortaan spreken van *experience based practices* en zijn deze ook evidence based? Vervolgens kijken we naar de nieuwe rol van *support-* of ervaringswerkers. Kortom: is het goud wat er blinkt aan de horizon of moeten we toch enige terughoudendheid opbrengen als het gaat om de cliënt als toekomstig hulpverlener?

### Vermaatschappelijking van de zorg en de komst van zelfhulpgroepen

Met de komst van meer professionele welzijnszorg in de jaren zestig van de vorige eeuw ontstaat ook het profiel van de goed opgeleide en toegeruste hulpverlener. Deze hulpverlener kan meer dan voorheen bogen op (vaak vanuit de Verenigde Staten geïmporteerde) theorieën en methodieken en daardoor betere diagnoses stellen en ziektebeelden methodisch en therapeutisch behandelen (zie [www.canonsociaalwerk.nl](http://www.canonsociaalwerk.nl), 1950).

De keerzijde van deze professionalisering wordt in de jaren zeventig door Ilich en Achterhuis verwoord (zie [www.canonsociaalwerk.nl](http://www.canonsociaalwerk.nl), 1979): wordt de cliënt niet juist erg afhankelijk van deze deskundige, alwetende hulpverlener? Door gebruik te maken van het medisch of ziektemodel wordt diezelfde cliënt gereduceerd tot patiënt en niet meer gezien als mens met mogelijkheden.

Deze kritische geluiden doken eveneens op in tegenbewegingen zoals de antipsychiatrie, waarbij de cliënt, zijn wensen en omgeving meer centraal kwamen te staan. Het verdunningsidee van Dennendal was gebaseerd op het binnehalen van de samenleving binnen de muren van (vaak nog gesloten) instellingen (zie [www.canonsociaalwerk.nl](http://www.canonsociaalwerk.nl), 1974). Tevens werd geëxperimenteerd met integratie door het naar buiten treden met cliënten.

Alternatieve stromingen in hulpverleningsland richtten zich tegelijkertijd met de maatschappelijke emancipatie van vrouwen, homo's, enzovoort in de jaren tachtig tegen de gevestigde orde en probeerden van onderaf door protest een tegengeluid te laten horen. Zij geloofden sterk in de kracht van de burger, en cliënt die tot dan toe te veel onderdrukt was door respect en angst voor het gezag van de medici, helpers en ordehandhavers.

Op individueel en groepsniveau was dit merkbaar door de opkomst van onder meer zelfhulpgroepen en lotgenotencontacten. Deze nieuwe vorm beroept zich op zogenaamde ervaringsdeskundigheid, want wie is er beter in staat om het probleem te begrijpen en mee te voelen, dan iemand die hetzelfde heeft doorgemaakt? Tevens kan men elkaar als lotgenoot in groepsverband steun en hulp bieden. Zelfhulp betekent in die zin niet hoofdzakelijk zichzelf helpen, maar juist door het helpen van een ander uiteindelijk zelf weer geholpen worden (van Harberden & Lafaille, 1978). De cliënt ondervindt meer steun, herkenning en begrip van een lotgenoot dan van de vaak afstandelijke interveniërende hulpverlener, is een opvatting die steeds meer gangbaar wordt.

Worden lotgenoten de nieuwe hulpverleners, die zich door middel van zelfhulpgroepen en organisaties verenigen en vaak selfsupporting zijn? Nederland volgt de Amerikaanse voorbeelden en al snel duiken er groepen op die zich richten op diverse problemen. Vaak zijn die psychisch of medisch van aard. Er ontstaan ook gespreksgroepen voor verslaafden, gehandicapten, rouwenden, mensen die te maken hebben met echtscheiding, enzovoort. Zowel voor de cliënt zelf als voor familieleden of naasten (Al-anon, Alateen) worden er praatgroepen opgericht, omdat men zich herkent in elkaars ervaringen en vanuit een gelijkwaardige positie daarover met elkaar kan spreken. De kracht van een zelfhulpgroep lijkt een mooie tegenwicht/aanvulling op de ogenschijnlijk weinig gevoelige professional.

De sociale wetenschappen duiken al snel op dit interessante fenomeen en al in jaren tachtig brengen van Harberden en Lafaille dit nieuwe verschijnsel in kaart. Halverwege het decennium richten ze hun focus meer op de voorwaarden waaronder zelfhulpgroepen transformeren tot organisaties en hun inbedding in de maatschappelijke structuur:

'Nu al is te zien dat nogal wat professionele hulpverleners brood zien in de zelfhulp. Om diverse redenen verschaffen zij zichzelf een vrijbrief om zich op zelfhulpgroepen te storten en deze binnen hun systeem te trekken. Sommige professionals vinden dat professionele assistentie en interventie het zelfhulpgebeuren kunnen verrijken. Anderen

lijken nauwelijks oog te hebben voor de mogelijkheden van de zelfhulpgroep; zij zijn slechts uit op het aanboren van een nieuwe markt. Via het werken met zelfhulpgroepen wordt de caseload verzwaard en daarmee het voortbestaan van de eigen professionele praktijk gelegitimeerd.' (van Harberden & Lafaille, 1978)

Voor de term zelfhulpgroepen gebruikt men in de jaren negentig ook synoniemen zoals supportgroep, lotgenotencontact of huiskamer-groep. Veel groepen kennen een landelijke organisatie met afdelingen, die lokaal vaak weer steun krijgen bij een tref- of steunpunt zelfhulp. In Eindhoven is bijvoorbeeld al jaren een stichting Zelfhulp Netwerk Zuidoost-Brabant actief die groepen ondersteunt en faciliteert met pr en vergaderruimten. Daarmee is zij een voorbeeld voor andere steden waar vaak nog weinig bundeling van losse groepen is en dat is mede de verdienste van iemand als Joke de Haas, jarenlang voorvechtster van zelfhulp in deze regio.

De rol van zelfhulporganisaties is enerzijds autonoom, los van de officiële hulpverlening. Anderzijds wordt de zelfhulpmethodiek door instellingen en patiëntenorganisaties omarmd als aanvulling of soms zelfs geïntegreerd binnen het bestaande aanbod. In 2003 wordt een informatie- en ontwikkelingscentrum zelfhulpgroepen en verslavingen opgericht dat ertoe bij moet dragen dat zelfhulp meer onder de aandacht van de professionals komt. Het Trimbos-instituut concludeert dat vooral Nederlandse instellingen op het gebied van verslavingszorg dankbaar gebruikmaken van de zelfhulpmethodiek en -principes (Muusse & van Rooijen, 2009).

De Nederlandse overheid erkent de waarde hiervan en ondersteunt voorzichtig initiatieven zoals de Stichting Zelfhulp Netwerk Zuid-Oost Brabant, maar de samenwerking met officiële hulpverleningsorganisaties is nog beperkt. Vlaanderen kent eenzelfde geschiedenis wat betreft de opkomst van zelfhulp en hier worden vanaf de jaren negentig om de twee jaar studies naar gedaan (Meerdink, 1996), die gunstige resultaten aantonen bij cliënten als het gaat om herstel, welbevinden en sociaal functioneren. Opvallend is dat de academische belangstelling voor zelfhulp vooral in de VS en België aanzienlijk groter is dan in Nederland. Universiteiten als Harvard, Stanford, Berkeley en ook Leuven verrichten al jaren veel onderzoek naar zelfhulpgroepen en de werking van hun programma's. In Leuven gebeurt dat door de Katholieke Universiteit in samenwerking met het Trefpunt Zelfhulp België (zie [www.zelfhulp.be/onderzoek\\_morfologie.html](http://www.zelfhulp.be/onderzoek_morfologie.html)). Vooral van de AA zijn veel kwantitatieve en kwalitatieve resultaten in de Amerikaanse literatuur bekend.

In de jaren negentig en begin deze eeuw komt er meer aandacht voor cliëntparticipatie. Dat betekent kijken naar zowel de formele als informele kant van participatie (Brinkman, 2001). Wettelijk wordt dit verankerd in de WMCZ en in subsidiering via cliëntgebonden budgetten tot rechten, cliëntraden en vertrouwenspersonen. Informeel komt er meer aandacht voor de bejegening en cliëntgerichte houding van de hulpverlener. Presentie, vraaggericht werken en empowerment zijn een paar begrippen die onderstrepen hoe belangrijk het is dat de cliënt centraal komt te staan. Dit vereist dat de hulpverlener zijn alwetende, bemoeizuchtige houding omzet in een dienstbare en ondersteunende rol. Vraaggestuurd werken wordt het devies en dus zodanig begeleiden dat mensen hun eigen krachten kunnen aanwenden. De moderne (ex-)cliënt kan immers uitstekend verwoorden waar het fout ging en waar goed en vormt zo een prima klankbord voor de professional maar ook voor nieuwe cliënten. Toch blijkt uit onderzoek van Kolk en van Rooijen dat instellingen in de verslavingszorg lange tijd een afwachtende houding hebben aangenomen ten opzichte van samenwerking met zelfhulpgroepen en ervaringsdeskundigen (Kolk & van Rooijen, 2005).

In Nederland werkt Novadic-Kentron (een verslavingszorginstelling uit Noord-Brabant) sinds 2002 steeds meer en vaker met supportgroepen en supportwerkers. Dit gebeurt vanuit de opvatting dat een combinatie van individuele en groepstherapie zoals zelfhulp het allerbeste werkt. Hoe algemeen geaccepteerd de methode van zelfhulp heden ten dage is, is onduidelijk. De Stichting Zelfhulp doet een oproep voor meer onderzoek naar en aandacht voor de werkzaamheid van zelfhulpgroepen: 'Wat meer aandacht in Nederland vanuit wetenschap en politiek zou zeer wenselijk zijn' (Zelfhulpkrant, Stichting Zelfhulp Netwerk, 2009). Waar de aandacht voor zelfhulp dus wat achterblijft, lijkt die voor ervaringsdeskundigheid juist toe te nemen. Wat is het verschil en waarom krijgt dit fenomeen tegenwoordig zoveel aandacht?

- Ervaring hebben met een ziekte is één, maar is men daarmee automatisch een ervaringsdeskundige?
- Leert een cliënt niet vooral om zelf beter met de handicap, ziekte of beperking om te gaan?
- Moet men eerst ex-cliant zijn om goed te kunnen reflecteren op persoonlijke ervaringen en deze te kunnen inzetten om anderen te helpen?



## Experience based en evidence based

Naar de werking van experience based hulpverlening (gebaseerd op ervaring) is nog weinig wetenschappelijk onderzoek gedaan. In Nederland zijn het vooral Harrie van Haaster, Yolan Koster en Ed van Hoorn die proberen deze methodiek te operationaliseren en te meten. In het buitenland (Hardiman, 2007) wijst onderzoek uit dat cliënten in de geestelijke gezondheidszorg dankzij deze vorm van hulpverlening sterker worden, beter met hun problemen om kunnen gaan en meer hoop en vertrouwen krijgen. Ook de World Health Organisation pleit voor grotere en actieve betrokkenheid van cliënten uit de geestelijke gezondheidszorg en hun familie bij herstelprocessen.

Overigens zijn er ook andere terreinen en problematieken waar de inzet van ervaringsdeskundigheid een meerwaarde heeft of kan hebben, van opvoedingsondersteuning tot het begeleiden van mensen met een handicap. Bovendien zou het isolement van sommige mensen doorbroken kunnen worden door het opbouwen van een nieuwe identiteit, namelijk die van deskundige.

In hun boek *Herstel, Empowerment en ervaringsdeskundigheid* geven Wilma Boevink en anderen duidelijk weer hoe ervaringsverhalen van cliënten inzicht geven in hun herstelproces (Boevink et al., 2006). Deze verhalen werken heilend voor de cliënt maar zeker ook voor hen die nog af en toe kampen met psychische problemen. Deze verhalen zijn vaak de basis voor cliëntgestuurde programma's die door de geestelijke gezondheidszorg (ggz) ingekocht worden ter aanvulling van hun aanbod. Ook worden hierin de eerste ervaringen met het werken met ervaringsdeskundigen beschreven. Het begrip 'herstel' neemt toe in betekenis, maar blijft eigendom van de cliënten. Dat wil zeggen dat zij er het beste vorm en inhoud aan kunnen geven zonder dat het eigendom wordt van hulpverleners. De kunst is te zoeken naar een goede verhouding tot de reguliere hulp en aansluiting bij een begrip zoals rehabilitatie, aldus Wilma Boevink.

Blijkbaar is ervaringsdeskundigheid daarmee vooral practice of experience based, maar dankzij dit soort publicaties en bewegingen wordt ze wel versterkt en geïmplementeerd in initiatieven zoals opleidingen en functies als ervaringswerker.

Door nieuwe of gewijzigde wetten (WGBO, Wet medezeggenschap) en het kennen van de cliëntenrechten wordt de positie van de cliënt in de zorgsector steeds beter. Instellingen spelen daarop in door in hun visie en beleid op te nemen dat zij actief vorm willen geven aan participatie. Men verwelkomt de

ex-cliënt zelfs als nieuwe hulpverlener als lid van de teams/groepsleiding in de hoedanigheid van 'ervaringswerker': 'Een ervaringswerker is een ervaringsdeskundige die werkzaam is binnen een hulpverleningsteam. Deze term is gereserveerd om duidelijk uit te drukken dat het een lid van een behandelteam betreft, met alle bijbehorende taken en verantwoordelijkheden' (van Slooten & van Bekkum, 2005). Dat een ervaringswerker andere kwaliteiten kan inzetten lijkt evident: begrippen als afstand/nabijheid, ziekte/herstel, persoonlijk/professioneel en humor/gewoon van mens tot mens leven voor hen meer en dat stralen zij ook uit (een soort beliefeffect).

Tevens werken ervaringswerkers als voorlichter, als trainer en als individuele coach. Verschillende instellingen betrekken cliënten bij het vormgeven van cliëntparticipatie door ze trainingen te laten geven aan personeel of zelfs een opleiding tot ervaringsdeskundige aan te bieden. Fontys is een van de partners in dit ggz-werkveld en met de TOED-opleiding (Training Opleiding Ervaring Deskundigheid) is het mogelijk dat ex-cliënten voorlichting gaan geven en ondersteuning bieden. Sinds kort zijn er officieel banen en vacatures voor ervaringswerkers en zelfs in de verslavingszorg kent men inmiddels de supportwerker.

Er is al een vereniging voor Ervaringswerkers in de ggz en die organiseert allerlei bijeenkomsten over ervaringsdeskundigheid en zet zich in voor een kwaliteitsverbetering van het beroep ervaringswerker. Er zijn in diverse steden opleidingen: Amsterdam, Eindhoven, Haarlem, Rotterdam, Utrecht en Zwolle voor ggz-ervaringsagoog, supportwerker op vooral mbo-niveau. In september 2009 startte in Eindhoven een speciale HBO-variant Sociale Studies voor ervaringswerkers.

## Van experience of practice naar evidence based?

Ervaringswerk lijkt een nieuwe branche in de welzijnsmarkt, en wordt steeds belangrijker om te onderzoeken of en hoe dit werkt. Zo heeft het Trimbos-instituut in 2008 een onderzoek laten doen naar de inzet van ervaringsdeskundigen in de ggz (van Erp et al., 2008). Het blijkt dat patiënten zich door ervaringsdeskundigen beter begrepen voelen dan door reguliere hulpverleners. Tevens wordt geconstateerd dat 'hulpverleners niet weten wat ervaringsdeskundigheid precies inhoudt. Ze denken vaak dat ervaringsdeskundige begeleiders alleen werken vanuit hun ervaring als patiënt. Maar hun kennis is breder: in de opleiding leren ze gezamenlijk reflecteren op hun ervaring.

Ze putten hierbij niet alleen uit eigen ervaring, maar ook uit de ervaring van andere ervaringsdeskundigen'. En dus moeten de reguliere hulpverleners op hun beurt geschoold worden in het samenwerken met ervaringsdeskundigen.

Er komt steeds meer aandacht voor onderzoek en kennisverspreiding. Met de komst van een Kenniscentrum voor Rehabilitatie onder leiding van Jaap van Weeghel is er een eerste landelijke bundeling van kennis en onderzoek. Het IGPB (Instituut Gebruikersparticipatie en Beleid) van Van Haaster/Wijnen wil wetenschappelijk onderzoek verrichten naar de werking van ervaringskennis. Het IGPB bestudeert onder meer de werking van re-integratie van mensen met een functiebeperking en een chronische aandoening. In 2007 is er een Brabants Kenniscentrum Zelfhulp en Ervaringsdeskundigheid in de ggz opgericht om alle kennis en best practices op dit vlak te bundelen en om de erkenning en het gebruik van ervaringsdeskundigheid te bevorderen.

Wat is nou de toekomst van ervaringshulp? Ervaringsdeskundigheid biedt – net als zelfhulp – herkenning, erkenning en gelijkwaardigheid. De gezamenlijke kracht van ervaring en gedeelde kennis zorgt ervoor dat men actiever en zelfbewuster wordt en overstijgt daarmee het label van 'praatgroep'. Deelname aan een zelfhulpgroep is een belangrijke aanvulling op bestaande hulpverlening en lijkt een belangrijk instrument in het kader van de Wmo. Daarnaast kunnen we concluderen dat de aandacht voor ervaringsdeskundigheid en de komst van ervaringswerkers en ervaringshulp officieel erkend zijn en gebruikmaken van de expertise van cliënten in de bestaande hulpverlening. Misschien ligt daar zowel de kracht (ervaringsdeskundigheid is van cliënt) als het risico dat het opgaat (of ondergaat) in al bestaande praktijken/methodieken. De wisselwerking tussen hulpverleners en ervaringswerkers kan juist – of zou juist in de toekomst moeten – leiden tot een nieuw soort opvatting van hulpverleners: dichtbij de cliënt als mens staan en meer gebruikmaken van verhalen en persoonlijke ervaringen. Het volgen van de presentiebenadering, met veel aandacht heeft voor cliënten, is daarbij een startpunt en kan breder ingevoerd worden. De eerste grote stappen in deze richting lijken gezet, maar steeds vaker zal de vraag naar evidence based leiden tot meer onderzoek. Steun van en samenwerking met overheid, scholen en werkveld kan zo tot draagvlak voor deze nieuwe methodiek leiden. Nieuw is dan vooral dat er eindelijk een goed evenwicht tussen professionele en ervaringshulpverlening op gang lijkt te zijn gekomen.

We hebben in dit hoofdstuk gezien dat zelfhulp en ervaringsdeskundigheid een enorme opkomst hebben doorgemaakt mede onder invloed van maatschappelijke tendensen als emancipatie van de burger en empowerment. Ook de voortrekkersrol van een icoon als Joke de Haas heeft hierbij een grote rol gespeeld. Dit heeft geleid tot een andere kijk op hulpverlening: dichter bij de cliënt. De vraag blijft in hoeverre dat evidence based is? Er lijkt meer onderzoek verricht te gaan worden naar de effecten van deze wijze van hulpverlening. Als die effecten aantoonbaar zijn, krijgt deze methode dan de status van 'echte' hulpverlening? Is dat de ambitie van de methode? Ondertussen worden waardevolle elementen al opgenomen in de formele hulpverlening. Toch is de kracht van ervaringsdeskundigheid zo sterk dat – ondanks deze vragen – de methode in de praktijk al ingevoerd wordt. Vernieuwing zoekt blijkbaar haar eigen weg!

## 9. Rogers over verspreiding van innovaties

Veel van de literatuur rondom evidence based practice, zowel in sociaal werk als op andere terreinen, is gericht op een pleidooi om wetenschappelijk onderzoek een stevige plaats te geven in het beoordelen van effecten van professionele interventies. Of het nu gaat om een goede vorm van schuldhulpverlening of wijkontwikkeling of om het juiste medicijn bij ziekte of de beste behandeling bij de fysiotherapeut, telkens moet wetenschap een stevige ‘gesprekspartner’ zijn in de keuze welke interventie in te zetten. Wie gaat er immers graag naar een huisarts of fysiotherapeut die al jaren zijn vakliteratuur niet bijhoudt en niet op de hoogte is van de laatste innovaties in zijn of haar sector?

De sociale dynamiek rondom de keuze voor een bepaalde interventie is echter veel complexer en kan niet gereduceerd worden tot ‘luisteren naar de wetenschap’. Er is geen rechtlijnig verloop tussen het beschikbaar komen van een interventie met een evidence based-label en de toepassing daarvan in de praktijk. Om een begin te maken van zicht op die complexiteit is het nuttig kennis te nemen van het werk van Everett Rogers (1931–2004) en dan vooral zijn *Diffusion of innovations* (Rogers, 2003). De oorspronkelijke editie uit 1962 werd verschillende keren grondig uitgebreid en geactualiseerd. In 2003, vlak voor Rogers’ dood, verscheen de vijfde herziene editie. Daarin zitten een aantal begrippen en theoretische kaders die ijkpunten zijn in elke discussie over verspreiding van innovaties.

In de levensfase van elk product of methode is met enige nauwkeurigheid een moment te bepalen waarop het de tekentafels van ontwerpers verliet en zijn intrede op de markt deed. Het kreeg een verpakking en een prijskaartje, veroverde een plek in de winkel en consumenten konden het kopen. Daar ligt het grote omslagpunt tussen ontwikkeling van een product of methode en de verspreiding ervan. Vanzelfsprekend houdt ontwikkeling niet op na de marktintroductie. Na het omslagpunt gaan verdere ontwikkeling en verspreiding onder gebruikers hand in hand.

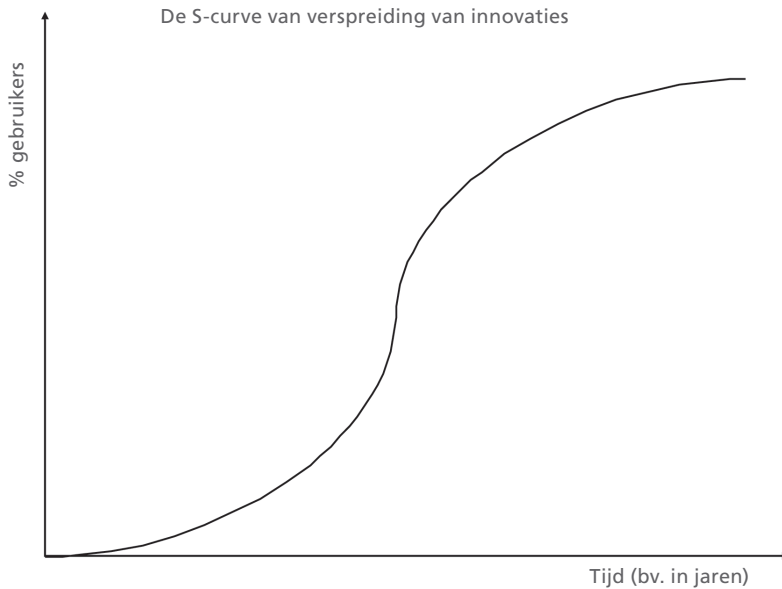
Hetzelfde patroon gaat ook op voor vormen van hulpverlening. Ooit hebben methoden zoals casework (via het werk van onder meer Mary Richmond en Marie Kamphuis, zie [www.canonsociaalwerk.nl](http://www.canonsociaalwerk.nl), 1950), straathoekwerk, bemoeizorg, Triple P, enzovoort een naam gekregen en werden ze verspreid via

opleidingen, trainingen en publicaties. Er mag dan voor hulpverleningsmethoden minder sprake zijn van een markt die wordt bepaald door financiële transacties, de patronen van verspreiding van innovaties zijn wel vergelijkbaar. Veel factoren bepalen hoe de verspreiding van een innovatie verloopt, zowel voor producten als voor diensten.

## S-curve

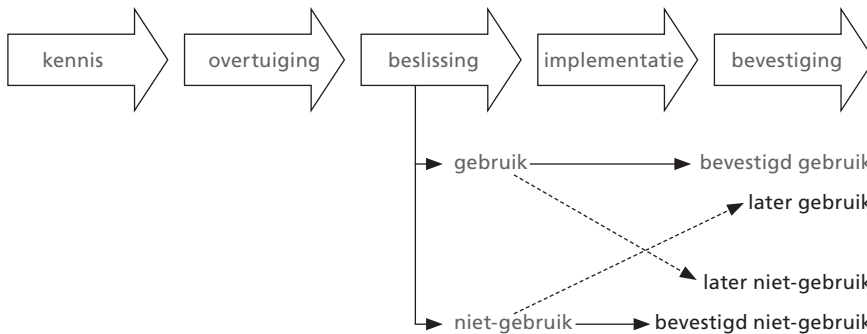
Een eerste algemene observatie over verspreiding van innovaties die door het werk van Rogers bekendheid heeft gekregen is de typische S-curve die te voorschijn komt als de cumulatieve verspreiding van een geslaagde innovatie over de tijd wordt uitgetekend: 'The adoption of an innovation usually follows a normal, bell-shaped curve when plotted over time on a frequency basis. If the cumulative number of adopters is plotted, the result is an S-shaped curve' (Rogers, 2003, p. 272). Hiermee wordt weergegeven dat algemeen gesproken bij elke innovatie de verspreiding initieel erg traag verloopt, daarna aan snelheid wint om ten slotte weer in een tragere snelheid de laatste groep gebruikers te bereiken. Dit patroon is herkenbaar in de verspreiding van verschillende producten, zoals internettoegang thuis en gebruik van mobiele telefoons, maar eerder ook bij videorecorders, auto's, televisies en ijskasten. Hoewel de snelheid waarmee grote delen van de bevolking de innovatie gebruiken verschilt van een paar jaar tot een paar decennia, is telkens het patroon van de S-curve herkenbaar. Vanzelfsprekend gaat dit op voor innovaties die 'het maken' en kennen falende producten een ander verloop. Talloze innovaties blijven steken in de beginfase en breken nooit door, andere kennen een abrupte val zodra er een beter alternatief op de markt beschikbaar komt.

Rogers verklaart de S-curve onder meer door een normaalverdeling van innovatiegerichtheid van consumenten en de initiële afwezigheid van informatie over de innovatie in sociale netwerken. Als de eerste gebruiker zijn ervaringen deelt met twee personen, en die op hun beurt gebruiker worden en de informatie doorgeven aan opnieuw twee personen, ... krijg je snel in beeld hoe de S-curve kan ontstaan. De mond-tot-mondreclame van de eerste gebruikers verspreidt zich snel over een steeds groter wordende groep, en verklaart zo de versnelling in de eerste fase van de S-curve. Later, als een groot deel van de populatie al gebruik maakt van de innovatie, is mond-tot-mondreclame minder effectief, omdat veel gesprekspartners de innovatie al gebruiken. Zo daalt de snelheid van verspreiding, en wordt het tweede deel van de S-curve verklaard.



### Het innovatiebeslissingsproces

De S-curve is het collectieve beeld dat ontstaat bij de verspreiding van een innovatie. De onderliggende individuele beslissingsprocessen om een innovatie al dan niet te gebruiken kennen volgens Rogers ook een steeds terugkerend patroon (Rogers, 2003, p. 170).



De gebruiker moet eerst kennis krijgen van het bestaan van de innovatie, via verhalen van wie de innovatie al kent/gebruikt, via reclame of anderszins. Het gaat daarbij om zowel kennis over de innovatie als besef dat die aan een bepaalde behoefte tegemoet kan komen.

Als er kennis is over een innovatie, moet er sprake zijn van overtuiging, van het vormen van een positieve of negatieve houding ten aanzien van de innovatie. Dit is een minder cognitieve fase in de besluitvorming dan de vorige fase. Bovendien gaat het vooral om de perceptie die de potentiële gebruiker over de innovatie heeft, eerder dan de feitelijke kenmerken zelf. De innovatie mag een geweldige meerwaarde hebben ten aanzien van het bestaande, als de potentiële gebruiker die meerwaarde niet percipieert zal hij of zij niet overgaan tot gebruik. Niet alleen de gepercipieerde omvang van de meerwaarde is relevant, maar ook de snelheid waarin die meerwaarde zich voordoet. Iemand die nog met cd's of dvd's in de weer is, zal snel de meerwaarde van een iPod inzien als het erop aankomt muziek mee te nemen in de trein of op de fiets. Er is immers sprake van een onmiddellijke meerwaarde. Dat ligt anders bij preventieve innovaties, waar de winst pas over verschillende maanden of jaren zichtbaar is. Diffusie van preventieve innovaties, zoals voldoende bewegen om gezond te blijven, verloopt dan ook moeizamer.

Naast het beeld dat de potentiële gebruiker heeft van de meerwaarde van de innovatie spelen nog andere factoren mee bij het vormen van de positieve of negatieve houding. Daartoe behoren het beeld over de compatibiliteit (kan de innovatie gebruikt worden in combinatie met het bestaande of moet er ineens een heel systeem wijzigen?), de complexiteit van de innovatie, de testbaarheid (kan het even uitgetest worden, zonder al te veel poeha) en de mate waarin effecten van gebruik waarneembaar zijn. Compatibiliteit verwijst niet alleen naar technische combinaties tussen innovaties en bestaande producten (kan ik mijn dvd's nog afspelen als ik een nieuwe Blu-Ray-speler koop?), maar ook naar een koppeling in de onderliggende ideeën. We zagen in het vorige hoofdstuk al het voorbeeld van scheurbuik en hoe de eenvoudige oplossing van citrusvruchten nauwelijks gebruikt werd, deels omdat men nog niet wist van het bestaan van vitamines. Datzelfde deed zich in begin negentiende eeuw ook voor bij het werken met verdoving bij operaties. Men begreep toen nog niet dat het (tijdelijk) wegnemen van bewustzijn niet noodzakelijk gelijkstond met de dood: 'The possibility of suspending sensation without endangering life could not be imagined within the 1790s' configuration of the nervous system' (Snow, 2008, p. 14). In dat denkkader stond pijn lijden tijdens een operatie juist gelijk aan vitaliteit, aan levenskracht!

Eens de mogelijke gebruiker overtuigd is van de meerwaarde van de innovatie (of het gebrek daaraan) volgt de beslissing om de innovatie te gebruiken (of niet). Daarop volgen de implementatie van die beslissing en de bevestiging ervan.



De beslissing om een bepaalde innovatie te gaan gebruiken is geen eenmalige definitieve beslissing. Men kan later alsnog besluiten er weer afscheid van nemen als de verwachtingen niet ingelost worden. Dat lijkt evident, maar toen er omstreeks de eeuwwisseling veel onderzoek gedaan werd naar de digitale kloof, kwam het toch als een verrassing dat burgers die thuis al toegang hadden tot internet daar geen gebruik van bleken te maken (Wyatt et al., 2002).

## Voorlopers en achterblijvers

Een derde bouwsteen uit het werk van Everett Rogers, naast de S-curve en het innovatiebeslissingsmodel, is de analyse van welke groepen hoe snel met innovaties aan de slag gaan. Het gaat om een ideaaltypische beschrijving op basis van onderzoek naar heel verschillende innovaties (Rogers, 2003, p. 282). Rogers komt tot vijf groepen, en hij geeft ze de labels *innovators*, *early adopters*, *early majority*, *late majority* en *laggards*. De eerste groep is beperkt in omvang, zo'n 2,5 procent van de potentiële gebruikersgroep. Maar innovators zijn wel belangrijk, omdat ze avontuurlijke uitdagingen aangaan en steeds op zoek zijn naar nieuwe innovaties om uit te proberen. Ze hebben een wereldwijd sociaal netwerk uitgebouwd om continu nieuwe producten of methoden op te sporen. De volgende groep, de *early adopters*, zijn meer lokaal georiënteerd, maar behoren wel tot de opiniemakers. Ze worden gezien als betrouwbare bronnen als het gaat om informatie over welke innovatie wel of niet zinvol is. Ze beïnvloeden dan ook sterk de volgende grote groep gebruikers, de *early majority*. Samen met de *late majority* vormt die de grootste groep, telkens ongeveer een derde van de volledige groep mogelijke gebruikers. Ten slotte zijn er de achterblijvers, de *laggards*.

Deze groepen onderscheiden zich van elkaar in de snelheid waarmee ze innovaties opnemen, en die snelheid kan verklaard worden door hun sociaal-economische status, hun persoonlijke waarden en hun communicatiegedrag. Rogers sluit zijn beschrijving van deze groepen af met een voor de sociale sector belangrijke observatie, de *innovativeness/needs paradox*: het zijn de groepen die het meeste nut zouden ervaren van een innovatie die er het laatste gebruik van gaan maken. Het verschillend tempo waarop mensen innovaties gebruiken, zorgt dus voor een toename van sociaaleconomische ongelijkheid. Dat verschijnsel zien we optreden in bijvoorbeeld de digitale kloof: het zijn de informatierijken (hogere scholing, hogere inkomens) die eerst thuis internettoegang hebben, die eerst overgaan op breedband, die eerst overgaan

op wireless, enzovoort, terwijl de informatiearmen met enkele jaren vertraging volgen (Steyaert & Gould, 2009).

## Diffusie van hulpverleningsinnovaties

Rogers beschrijft de verspreiding van innovaties hoofdzakelijk als het gaat om producten en een grote groep potentiële consumenten. Vanuit zijn achtergrond als landbouwsocioloog gebruikt hij ook veel voorbeelden van vernieuwende landbouwtechnieken en hoe boeren die al dan niet overnemen. Zijn voorbeelden in de hoek van sociale interventies of publieke dienstverlening zijn beperkt. Hij verwijst wel naar het onderwijs en beschrijft bijvoorbeeld hoe het aan het begin van de twintigste eeuw wel vijftig jaar duurde voor de innovatie kleuterschool verspreid raakte, maar slechts vijftien jaar voor autorijsscholen en dat er slechts vijf jaar nodig was voor moderne wiskunde om door te breken in ons onderwijs (Rogers, 2003, p. 61).

Rogers gaat in zijn boek wel in één hoofdstuk in op de verspreiding van innovaties in organisaties (hoofdstuk 10), vanuit de vaststelling dat het dikwijls niet gaat om individuele beslissers, maar organisaties die collectief uitmaken of innovatie X, Y of Z al dan niet gebruikt gaat worden. Daarin maakt Rogers onderscheid tussen drie soorten beslisprocessen. Zo zijn er *optional innovation decisions*, waarmee individuen beslissen over gebruik van innovaties, ondanks de organisatiecontext waarin ze werken. Daarnaast kunnen *collective innovation decisions* voorkomen, waarmee er sprake is van een collectieve beslissing, een groepsbeslissing. Als voorbeeld wordt verwezen naar het niet meer roken in cafés en restaurants, wat via politieke discussie besloten en via wetten opgelegd wordt (en later door individuen en caféhouders aangevochten wordt). Ten slotte is er binnen organisaties dikwijls sprake van *authority innovation-decisions*, waarmee een beperkt aantal personen beslissingen neemt over het gebruik van innovaties en de rest van de organisatie moet volgen.

Uit onderzoek naar innovaties in organisaties bleek dat hier ook sprake is van soorten, van gradaties in innovatiegerichtheid. Het onderscheid tussen innovators, early adopters, late majority, late majority en laggards dat bij burgers mogelijk is, blijkt empirisch ook relevant voor organisaties. En net als bij burgers zijn er kenmerken die maken dat de ene organisatie sterker gericht is op innovatie dan de andere. Een grote organisatie die weinig geformaliseerd of gecentraliseerd is, wat reservefondsen beschikbaar houdt voor innovatie en sterke verwevenheid kent tussen werknemers zal relatief snel innovaties opnemen. Een ander kenmerk dat de ontvankelijkheid van innovaties

vergroot is het aanwezig zijn van champions, van *charismatische* personen die zich duidelijk uitspreken voor een innovatie en zo aanvankelijke aarzeling overkomen. Het gaat daarbij niet noodzakelijk om machtige centrale figuren uit de organisatie, dat blijkt alleen het geval te zijn als het gaat om heel dure investeringen die de werking van de organisatie radicaal omgooien.

Anderen hebben meer specifiek het gedachtegoed van Rogers toegepast en uitgebreid richting de publieke sector, waar de innovaties eerder methoden dan producten zijn en waar de consument eerder een organisatie of professional is dan een burger/consument. Zo is het werk van Rogers toegepast op de geestelijke gezondheidszorg (Schoenwald & Hoagwood, 2001), de verpleegkunde (Lee, 2004), de gezondheidszorg (Fitzgerald et al., 2002) en de politie (Weisburd & Lum, 2005).

Toepassingen op het meer specifieke terrein van het sociaal werk zijn er voorlopig nog maar weinig. Louise Brown onderzocht de wijze waarop eigen kracht conferenties zich onder Britse sociale organisaties verspreidden (Brown, 2007). Dat is een boeiende casus, omdat het om een geïmporteerde innovatie gaat (uit Nieuw-Zeeland) en er geen centrale beslissing genomen is over toepassing (wat wel het geval was in Ierland). Sociale organisaties waren dus niet verplicht te werken met eigen kracht conferenties, maar konden zelf beslissen deze innovatieve sociale interventie al dan niet toe te passen. In dit onderzoek werden elementen van de bovenstaande observaties van Rogers over innovaties in organisaties bevestigd, bijvoorbeeld dat het vooral grotere diensten waren die ruimte hadden om de innovatie eigen kracht conferenties een plaats te geven in hun activiteiten.

Recent heeft een leerling van Rogers, James Dearing, een oproep gepubliceerd om veel meer aandacht te besteden aan de dynamiek rondom gebruik van innovaties en sociaal werk (Dearing, 2009). Niet één Noord-Amerikaanse opleiding tot sociaal werk besteedt daar aandacht aan. De nadruk ligt voornamelijk op interne validiteit van onderzoek (Werkt deze interventie en waarom?) en vrijwel nooit op externe validiteit (Hoe zijn mijn onderzoeksresultaten op te schalen naar veel sociaal werk organisaties, hoe bereiken mijn resultaten het werkveld?). De opkomst van evidence based practice heeft de focus te veel intern gericht: 'The (...) focus on establishing the effects of new treatments, protocols, and programs meant that questions of how to spread the relatively few effective health services interventions were not the object of much study' (Dearing, 2009, p. 504).

Dearing beschrijft vervolgens zeven concepten die belangrijk zijn bij het ontwikkelen en verspreiden van sociaalwerkinterventies. Hoe meer daarmee rekening gehouden wordt vroeg in het ontwikkelingsstadium van interventies, hoe meer kans ze maken een ruime verspreiding te kennen. Het gaat dan bijvoorbeeld over de eerder genoemde innovatiekenmerken zoals perceptie van meerwaarde of compatibiliteit met bestaande praktijken. Dearing wijst ook op het belang van opiniemakers en argumenteert dat alleen informatie verstrekken over wetenschappelijk geborgde interventies onvoldoende is: 'what is required is a dual-process intervention that activates both information channels and influence channels' (p. 513).

## 10. Casus: ABCD

'Het glas is niet halfleeg, maar halfvol!'

John McKnight

### De ABCD-methode als aanzet tot een nieuwe wijkgerichte aanpak?

Bovenstaande zin gebruikte de Amerikaanse professor John McKnight in 2000 op een congres voor buurtwerkers in Den Bosch. Hij introduceerde er de ABCD-methode. We zouden volgens hem eens wat positiever naar kansen, talenten en middelen van wijkbewoners moeten kijken en die aanwenden in plaats van steeds te problematiseren. In Nederland bestaat immers al decennialang aandacht voor wijkopbouw en ontwikkeling vanuit de overheid, maar vaak vormen de problemen het uitgangspunt. We spreken dan ook snel van kansarme wijken of van aandachts- of probleemcumulatiegebieden. Door eerst de problemen in kaart te brengen en vervolgens geld te stoppen in het lokale welzijnswerk, scholingsprojecten en renovatie hoopte men op een verandering. De laatste jaren heeft het beleid zich echter gewijzigd en spreken we liever van kracht- of prachtwijken. Daarbij ligt het accent op de positieve factoren en de gewenste ontwikkeling. In het kader van decentralisatie, participatie en Wmo komen gemeente en burger meer centraal te staan. Participatie, burgerschap en sociale inclusie zijn de nieuwe termen. Waar komt die omslag van probleem naar kans vandaan? Welke rol speelde de ABCD-methode hierbij? Heeft zij ervoor gezorgd dat het denken en het werken in wijken een nieuwe of andere impuls kregen? Waarom is de ABCD-methode niet helemaal en overal toegepast in Nederland?

### Wat is de ABCD-methode?

De ABCD-methode (*Asset Based Community Development*) komt uit de VS en werd door John McKnight en John Kretzman voor het eerst in Chicago geïntroduceerd. Zij inventariseerden een aantal succesvolle projecten die vooral in arme of achterstandswijken plaatsvonden. Het boek dat zij daar in 1993 over schreven, legt de nadruk op het zelforganiserende vermogen van wijkbewoners en maakt gebruik van de krachten van de buurt. Het model gaat ervan uit dat *assets* (middelen) in elke wijk aanwezig zijn in de vorm van mensen,

ruimte, bedrijven, instellingen en overheid. Die middelen hebben echter pas nut als ze daadwerkelijk met elkaar verbonden en ingezet worden. Wijkbewoners zelf staan centraal bij het mobiliseren ervan en kunnen zo zelf een nieuwe toekomst ontwerpen. Ze zijn niet langer afhankelijke cliënten, maar actief participerende burgers die het sociaal kapitaal van een buurt vormen en nodig zijn voor verbetering of verandering. Niet de problemen, maar hun talenten en krachten zijn uitgangspunt. De professionele welzijnswerker dient zich daarbij dienstbaar in plaats van leidend op te stellen.

Begin 2000 werd John McKnight gevraagd als spreker op een congres in den Bosch, waar hij veel waardering oogstte voor zijn nieuwe aanpak, die bottom-up was en positief geformuleerd. Zijn uitspraak 'Het glas is niet half leeg, maar half vol' en zijn charismatische uitstraling zorgden voor een snelle acceptatie en omarming van de ABCD-methode in Nederland. Hij inspireerde een aantal wijkbewoners, opbouwwerkers en medewerkers van het LSA (Landelijk Samenwerkingsverband Aandachtswijken, zie [www.lsabewoners.nl](http://www.lsabewoners.nl)) om in Nederland met deze methode aan de slag te gaan. Zijn boek is in 2004 als *Wijkontwikkeling op eigen kracht* vertaald door het LSA en samen met Johan Bodd (Fontys Hogescholen) aangevuld met voorbeelden uit Nederland (McKnight & Kretzmann, 2004). In steden zoals Rotterdam (Delfshaven), Utrecht, Nijmegen, Eindhoven (Lijmbeek) en Helmond heeft men in de periode 1998- 2004 op succesvolle wijze gewerkt met de ABCD-methode. Deze is eveneens in grote steden in Zweden, Groot Brittannië, Zuid-Afrika, Australië en Brazilië gebruikt met goede resultaten, aldus de auteur/grondlegger bij de presentatie van het werkboek. Er lijkt kortom sprake van een veelbelovende nieuwe methodiek, maar wat zijn hiervan nu de kenmerken?

Als eerste stap probeert men de capaciteiten, kennis en talenten van buurtbewoners in kaart te brengen en hun samenwerking met allerlei (in)formele verbanden. Daarmee wil men mensen laten ervaren dat er veel potentieel in de wijk zit en dat dit kan worden aangewend. De methode legt dus de nadruk op het positieve, op de kansen en mogelijkheden van wijkbewoners en kent een opbouw die bestaat uit vijf stappen.

Stap 1 is het gezamenlijk invullen van een vragenlijst (de zogenaamde ABCD-capaciteitenvragenlijst) door de wijkbewoners. Bij stap 2 gaat men bewoners met elkaar in contact brengen door een buurtkader of via organisaties. Men maakt mensen of groepen enthousiast om zich in te zetten voor de buurt. Bij stap 3 gaan die mensen of groepen concrete acties opzetten rond thema's

zoals sociale, fysieke of economische wijkontwikkeling. Stap 4 behelst een breder plan waar de wijk in de toekomst naar toe zou moeten groeien en bij stap 5 zoekt men externe steun hiervoor bij organisaties en overheden.

Deze stappen monden vaak uit in een concrete activiteit: van een computer-cursus, buurtdag of rommelmarkt tot vrijwilligerswerk, ontmoetingsmiddagen of inlooppunten. Het achterliggende effect is dat bewoners zich weer zelf verantwoordelijk voelen voor de sfeer en gebeurtenissen in de wijk en daar aan willen/gaan bijdragen. Daardoor ontstaan bovendien meer verbindingen en sociale cohesie, maar het zijn steeds de burgers die dit dragen en uitvoeren. De opbouwwerker of professionele welzijnswerker dient terughoudend en dienstbaar te zijn en vooral als procesbegeleider te functioneren.

### Voorbeelden en varianten in Nederland

Zoals aangegeven is er de afgelopen jaren met succes in een aantal Nederlandse wijken gewerkt met de principes van de ABCD-methode. In Eindhoven is in samenwerking met Fontys Hogescholen geprobeerd deze principes in Woensel West en Lijmbeek toe te passen. Opvallend genoeg werkte de methode niet in Woensel, dat nochtans een lange traditie heeft als achterstandswijk. De methode slaagde wel in Lijmbeek, dat rond 2000 als een matte wijk werd gekarakteriseerd maar drie jaar later zeventig actieve vrijwilligers en allerlei levende initiatieven kende. In het evaluatierapport concludeert Johan Bodd dat de ABCD-methode vooral bijdraagt aan sociale samenhang en leefbaarheid en dat misschien juist het gegeven achterstandswijk belemmerend werkt omdat probleemdenken vaak de basis is van subsidies en daardoor verlamdend werkt (Bodd, 2003).

Het Kenniscentrum Grote Steden heeft in 2002 het onderzoek 'Werkt de ABCD-aanpak in Nederland?' laten uitvoeren. In het rapport hierover worden essentiële verschillen tussen de Amerikaanse en Nederlandse samenleving beschreven die van invloed zijn op het slagen van de ABCD-methode. Doordat de VS minder overheidsbemoediging kennen zijn mensen er meer gewend om voor zichzelf op te komen. Bovendien is de economische situatie (armoede) er vaak slechter dan in Nederland. Tel daarbij het optimistische geloof in individualisme (*You can do it* oftewel *the American dream*) en het is duidelijk dat de methode niet zo eenvoudig klakkeloos te kopiëren is.

De afgelopen tien jaar zijn in Nederland diverse elementen uit de ABCD-methode gebruikt in combinatie met andere methodieken of zelfs onder een

andere naam of vlag. Sommige gemeentes spreken van sociaal makelen en verwijzen dan impliciet naar de ABCD-methode. De Schatkistmethode werd in de wijk Roombeek te Enschede in 2000 geïmplementeerd (Davelaar et al., 2001). De werkers noemen deze methode een combinatie of synthese van ABCD, empowerment en presentietheorie. Hierbij gaan beroepskrachten of vrijwilligers op zoek naar de talenten in de wijk en maken ze gebruik van een vragenlijst: de zogenaamde Roombekerschaal. Op basis hiervan brengen zij talenten in kaart en geven ze aan hoe buurtbewoners hun wijk zien, waardoor mensen worden geprikkeld of gestimuleerd en samengebracht. Kortom: eveneens een positieve benadering die vergelijkbaar is met de ABCD-methode (of gebruikmaakt van dezelfde principes). De stichting Vilans onderscheidt vijf methodieken die de sociale relaties tussen vooral ouderen in een wijk sterker kunnen maken. Hier hanteert men onder andere de Schatkistmethode, ABCD-methode, Talentenjacht en Huiskamergesprekken. Er zijn duidelijk nogal wat varianten op de ABCD-methode ontstaan.

De WRR benadrukt in haar rapport *Vertrouwen in de buurt* nog eens het belang van betrokkenheid van mensen bij elkaar (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2005). Dit kan versterkt worden door kleinschalige initiatieven en samenwerking. De Wmo zou hierbij een belangrijke rol kunnen spelen. Toenmalig minister Vogelaar lanceerde kort daarna de term pracht- of krachtwijken. Bij deze positieve benadering ligt de nadruk op zaken als leefbaarheid, scholing en wonen. Bovendien probeert men beleid te maken door geld voor projecten en gemeenten beschikbaar te stellen. Daarnaast spreekt men binnen het lokale welzijnswerk graag en vaak over buurtparticipatie. Het project Boot in de wijk De Baarsjes in Amsterdam is een soort buurtwinkel die initiatieven in de wijk moet ondersteunen. Verschil met de ABCD-methode is dat de overheid steeds een bepaalde regie wil voeren. Uit dit onderzoek blijkt onder andere dat de ABCD-methode duidelijk overeenkomsten heeft met het wijkgericht werken waarin bewonersparticipatie in beleidsvorming- en uitvoering een belangrijke rol spelen. De methode sluit ook aan bij de nieuwe rol van de overheid als ondersteuner van processen die door de burgers en organisaties in gang worden gezet.

## Effectief en iets voor de toekomst?

Rond de eeuwwisseling zijn verschillende onderzoekers en diverse organisaties uit het werkveld voorzichtig en respectievelijk laaiend enthousiast over de ABCD-methode. De onderzoekers plaatsen wel een paar kritische kant-



tekeningen bij de effectiviteit met de opmerking dat er in Nederland nog te weinig ervaring is opgedaan om te kunnen beoordelen of de methode ook tot structurele veranderingen leidt. De methode zou langere tijd ingezet moeten worden en vereist een omslag in het overheidsdenken: sturen door terugtreden of de overheid moet faciliteren en assisteren bij burgerinitiatieven en de verantwoordelijkheid overdragen aan burgers. Tot nu toe is de methode vooral in achterstandwijken ingezet maar ze zou prima bruikbaar kunnen zijn in 'gewone' wijken. De kracht zit in de combinatie van empowerment, participatie en presentie waarbij 'burgers aan het stuur' komen.

Vanaf 2005 neemt de belangstelling voor de Engelse *Can Do*-methode toe, een soort variant op de ABCD-methode. Het LSA omarmt de methode en noemt die 'Kan Wel'. Samen met Ministerie van VROM en woningbouwcorporaties worden vanaf 1 januari 2006 een tiental projecten gestart. De uitgangspunten van Kan Wel en ABCD zijn vrij identiek en vergelijkbaar maar toch zijn er een paar verschillen.

Bij Kan Wel-projecten komt het initiatief van een wijkbewoner die een goed idee heeft. Buurtcoaches sporen mensen met ideeën op, geven ze een financiële ondersteuning (vouchers) en maken hen projecteigenaar zodat ze het project uit kunnen gaan voeren. Gemiddeld gaat het om 2500 euro en soms zijn het eenmalige of kortlopende projecten en soms langlopende. Er zijn wel voorwaarden, zoals: het project moet een nieuwe activiteit in de wijk zijn, het moet niet op een enkele etnische groep gericht zijn en het moet volgens de coach of ontwikkelingswerker haalbaar zijn. De toevoeging van geld of een startsubsidie waar men zelf verantwoordelijk voor is, lijkt een goede extra stimulans. In 2008 wordt deze campagne uitgebreid naar 27 projectgebieden verdeeld over 16 steden waaronder Alkmaar, Amsterdam, Arnhem, Breda, Enschede, Kerkrade, Tilburg en Zaandam. Het lijkt erop dat er in diverse gemeenten met tevredenheid aan dit soort projecten gewerkt wordt, omdat ze bijdragen aan verbetering van het leefklimaat. Bovendien zijn ze goed voor de betrokkenheid en het zelfvertrouwen van buurtbewoners.

Wat betreft de kritische en of succesfactoren: het vereist vooral een andere houding van de professional. Professionals zijn gewend de regie in handen te hebben, zelf te werken en vooral probleemgericht te denken. Zij (en met hen hun werkgevers – brede welzijnsorganisaties – en hun opdrachtgevers – gemeenten) zullen een omslag moeten maken naar presentie en vertrouwen geven. Vertrouwen bijvoorbeeld dat het geld goed gebruikt wordt en er niet gefraudeerd wordt. Dat een project aansluit bij wat wijkbewoners willen en voor hen tastbare resultaten oplevert. Dat het de contacten tussen buurtbe-

woners bevordert en dat aanvankelijk een kleine groep het initiatief neemt maar het bereik steeds groter wordt. De toename van 10 naar 27 projecten is eveneens een succesfactor.

De 'Kan wel'-methode is stevig verbonden met het LSA en met wooncorporaties en de overheid en lijkt daarmee meer toekomst te hebben dan de ABCD-methode, die – hoewel tijdelijk populair – niet langdurig of algemeen genoeg ingevoerd is. De omloopsnelheid van nieuwe methodieken is vaak beperkt tot vijf à tien jaar. Wel is er steeds sprake van capaciteitsgerichte benaderingen.

In juni 2009 is bij een Brits congres over 'Communities in Control' John McKnight weer een van de sprekers. Hij ziet overeenkomsten wat betreft wijkontwikkeling tussen landen als Groot-Brittannië, Ierland en Nederland. Maar ook een paar verschillen. Nederlandse wijkbewoners zouden uiteindelijk ook meer producent moeten worden. Zij moeten het eigendom of bezit van assets (dus ook economische middelen) krijgen in de vorm van *trusts* of zelfstandige bewonerscorporaties. Aldus de eeuwig optimistische en idealistische John McKnight, die een beetje de grondlegger, goeroe en profeet is van de maakbare samenleving.

De Nederlandse overheid voert echter nog steeds graag campagnes onder het motto 'Samen sterk in de wijk'. Blijkbaar vindt zij het nog steeds moeilijk om de regierol echt af te staan en helemaal over te dragen aan de buurt.

# 11. Het geschreven woord en innovatie

De wijze waarop onderzoek in de samenleving georganiseerd is, is doordrongen van de gedachte dat fundamenteel onderzoek de basis is voor toegepast onderzoek en dat daaruit toepassing en ontwikkeling/commercialisering van innovaties volgen. Het is een behoorlijk lineair model, ook wel omschreven als het Research, Development & Diffusion of RDD-model: eerst is er onderzoek, daarna ontwikkeling en daarna verspreiding. Onderzoek is de oorsprong van kennistoename, en dus is investeren in fundamenteel wetenschappelijk onderzoek een verstandige keuze als je vooruitgang wilt bereiken. Donald Stokes legt de historische wortels voor de dominantie van dit model bij het werk van Vannevar Bush, in de periode rond de Tweede Wereldoorlog een bepalende persoon voor het wetenschapsbeleid van de Verenigde Staten. Zijn rapport *Science, the endless frontier* van 1945 maakte het lineaire model internationaal tot de basis van het wetenschapsbeleid in de hele tweede helft van de twintigste eeuw (Stokes, 1997).

Nu nog is het lineair model herkenbaar als argument om vooral fundamenteel onderzoek aan universiteiten te financieren, via organisaties zoals het NWO (Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek) en het FWO (Fonds Wetenschappelijk Onderzoek, Vlaanderen). Ook de investering in grote initiatieven zoals de ruimtereizen van de NASA of het zoeken naar het begin van het heelal (met het LOFAR-project in Nederland als onderdeel daarvan) worden verantwoord door te verwijzen naar de spin-off in termen van innovaties van producten en diensten. Zo wordt als voorbeeld frequent genoemd dat de technische uitdagingen rondom de Apolloreizen van de NASA aanleiding gaven tot de uitvinding van Teflon, en dat we daar nu toch maar de vruchten van plukken in de vorm van handig keukengerei. Die verwijzing is niet helemaal correct, maar dat is hier minder relevant. Er zijn ook voorbeelden van innovaties die wel het resultaat zijn van ruimtereizen, in het bijzonder fundamenteel onderzoek in meer algemene zin. En die voorbeelden voeden het geloof in een lineair model van innovatie.

Binnen de context van het lineaire model is de overdracht van resultaten van fundamenteel onderzoek naar toegepast onderzoek en verder naar toepassing een kritische succesfactor. De academische sector hecht daarom veel belang

aan onderzoeksoutput in de vorm van wetenschappelijke publicaties. Teksten zijn ‘het doorgeefluik’ tussen fundamenteel en toegepast onderzoek.

## Publiceren...

De oorsprong van het wetenschappelijk tijdschrift wordt gelegd in 1665, bij het verschijnen van het eerste nummers van *Journal des Sçavans* en *Philosophical Transactions*. Dat laatste tijdschrift zou het platform zijn waarin later Newton zijn nieuwe inzichten in de natuurkunde bekendmaakte. Het is echter pas in de tweede helft van de achttiende eeuw dat wetenschappelijke tijdschriften echt doorbreken, met ruim vierhonderd nieuwe tijdschriften wereldwijd. Sindsdien is er sprake van een exponentiële groei aan tijdschriften en artikelen. De omvang van wat gepubliceerd wordt overtreft wat zelfs een zeer actieve lezer met een klein vakgebied kan verwerken. Er kan terecht gesproken worden van een overaanbod aan wetenschappelijke publicaties. Dat heeft ook de maken met een overlevingsstrategie van auteurs: onderzoeksresultaten worden niet in één artikel bekendgemaakt, maar in meerdere artikelen met een telkens enigszins gewijzigde inhoud. Al in 1981 werd dit fenomeen met ironische ondertoon benoemd als de zoektocht naar de *least publishable unit*: het kleinste stukje informatie dat nog publiceerbaar was en als artikel geaccepteerd zou worden (Broad, 1981). Ook voor proefschriften begint men steeds meer deze strategie van het ‘salami-publiceren’ toe te passen. Op die manier moeten lezers verschillende artikelen in verschillende tijdschriften bij elkaar sprokkelen om een volledig beeld van onderzoeksresultaten te krijgen.

Toch blijft het publiceren in wetenschappelijke tijdschriften na een anonieme kwaliteitstoets door collega's (*blind peer review*) en door anderen in gelijkaardige publicaties geciteerd worden het summum van wetenschappelijke productie. Het is de heilige graal die elke wetenschapper zoekt en/of door zijn academische werkgever gedwongen wordt te zoeken.

De afgelopen decennia hebben wetenschappelijke tijdschriften enkele ontwikkelingen gekend. Zo is er een sterke concentratie op Engelstalige tijdschriften, worden steeds meer artikelen door steeds meer auteurs gezamenlijk geschreven (de zogenaamde *author inflation*) en daalt het aantal individuele abonnementen op tijdschriften. Dat laatste maakt universitaire bibliotheken tot belangrijkste klant van wetenschappelijke uitgevers.

De belangrijkste ontwikkeling is evenwel de explosief toegenomen rol van wetenschappelijk publiceren in carrières van individuele wetenschappers, bij

het aanvragen van fondsen voor wetenschappelijk onderzoek en wat betreft de wereldwijde status van universiteiten. Bekend zijn bijvoorbeeld de Britse Research Assessment Exercise (en de opvolger daarvan, de Research Excellence Framework) en de lijstjes van topuniversiteiten van *Times Higher Education*, *Shanghai University Ranking* en *Newsweek*. Zo is onder wetenschappers en universiteiten een cultuur van publish or perish ontstaan en is een instrument dat ontstond om inhoudelijk over wetenschap en onderzoek te communiceren uitgegroeid tot een instrument om de kwaliteit en status ervan in beeld te brengen.

Hierdoor treedt een verdichting van het publicatie- en communicatiegebeuren rondom onderzoek op. Niet elke publicatie of communicatie weegt in dit systeem immers even zwaar. Als belangrijkste publicatievorm geldt de zogenaamde A1-publicatie, dat wil zeggen in een internationaal tijdschrift met blind peer review (dus vrijwel steeds in het Engels). In de pikorde van het wetenschappelijk communiceren komt hierna een artikel in een nationaal tijdschrift met blind peer review en daar weer na in een nationaal tijdschrift met alleen een redactie. Voor boeken is de rangorde (co-)auteur zijn van een boek, een hoofdstuk in een samengesteld boek en ten slotte redacteur van een samengesteld boek zijn.

In dit geheel zijn wellicht de A1-publicaties van meer belang dan alle andere publicatievormen samen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat het inschatten van de waarde van zo'n A1-publicatie geformaliseerd is. Zo doen alleen de tijdschriften mee die opgenomen zijn in het zogenaamde *web of science*, een overzicht van Thomson Reuters. Hoewel er best veel tijdschriften in het overzicht staan (momenteel iets meer dan tienduizend), zijn ze vrijwel uitsluitend Engelstalig en meer in de technische dan in de sociale wetenschappen te vinden. Bovendien krijgt elk tijdschrift nog eens een impactfactor die wordt berekend door het aantal verwijzingen naar artikelen in de twee voorgaande jaargangen van het tijdschrift te delen door het aantal artikelen in die jaargangen.

Voor het vakgebied van zorg en welzijn tellen in dit systeem niet zoveel tijdschriften mee. Op de lijst staan bijvoorbeeld *British Journal of Social Work* (met impactfactor 0,636 in 2006), *Health & Social Work* (0,787), *International Social Work* (0,377) en *Research on Social Work Practice* (0,789). Het enige tijdschrift met een beetje behoorlijke impactfactor is *Child Abuse & Neglect* (1,506). Andere internationale tijdschriften zoals *International Social Work* en *European Journal of Social Work* zijn niet eens opgenomen in de lijst van Thomson Reuters en hebben daarom geen impactfactor. Ook Nederlandstalige (weten-

schappelijke) tijdschriften als *Sociale Interventie* (in 2009 omgedoopt tot *Journal of Social Intervention* en tweetalig) en *Alert* komen er niet in voor.

Wetenschappers uit het domein van zorg en welzijn hebben dus maar een handjevol tijdschriften waarin publiceren hun loopbaan ook enigszins vooruit helpt. Energie gericht op andere tijdschriften of lokale vakpers wordt al snel tijdverlies, en levert geen extra kansen op voor de eigen loopbaan of de status van de onderzoeksgroep/universiteit.

Daardoor groeit in Nederland en Vlaanderen de kloof tussen onderzoek en praktijk. Niet alleen is er de taal, maar internationaal publiceren betekent ook de resultaten zodanig beschrijven dat de landelijke context er minder toe doet. Dat mag dan wel nuttig zijn in bètawetenschappen als natuurkunde of scheikunde, maar in zorg en welzijn of bijvoorbeeld onderwijs zijn de lokale contexten wel degelijk van belang (Levering & Smeyers, 2009).

Het beoordelen van de resultaten van een individuele wetenschapper, een vakgroep of een universiteit aan de hand van hun publicaties is zo dominant geworden dat andere vormen van wetenschapscommunicatie nog wel bestaan, maar niet (h)erkend worden. Een enkele keer wordt nog wel een pleidooi gehouden om de zichtbaarheid van wetenschappers in de algemene media ook te laten doorwegen in beslissingen over loopbaan en onderzoeksfondsen via een soort media-index en een enkele universiteit maakt ook wel zo'n jaarlijkse rangorde van haar wetenschappers in de media, maar dit blijft een marginaal verschijnsel dat niet opweegt tegen de dominantie van wetenschappelijk publiceren in A1-tijdschriften.

### ... en gelezen worden

Er is het afgelopen decennium nog een ontwikkeling inzake wetenschappelijke publicaties die veel minder bekendheid geniet. Er wordt namelijk minder gelezen. In het rijk gevuld informatielandschap dat we vandaag de dag tot onze beschikking hebben, is aandacht een schaars goed (Liu, 2003). Dat is niet alleen een empirische vaststelling, maar ook een deductie op basis van een gelijk blijvende hoeveelheid tijd en een enorme toename van het aantal wetenschappelijks tijdschriften (en meer artikelen per tijdschrift). Alleen indien wetenschappers meer van hun tijd aan lezen zouden besteden of er meer wetenschappers zouden komen kan de gemiddelde leestijd per gepubliceerd artikel gelijk blijven. Voor beide zijn geen indicaties, en dus moet elk gepubliceerde artikel gemiddeld wel minder aandacht krijgen dan voorheen.

Erger is het als we kijken naar het lezen van wetenschappelijke literatuur buiten de universiteiten. Tenslotte was publiceren (ook) een middel om kennis uit fundamenteel onderzoek over te dragen naar toegepast onderzoek en toepassing. Een goede overdracht is immers essentieel om het lineaire model slagkracht te geven.

Eind jaren zeventig voerden Tom Wilson en zijn collega's een grootschalig onderzoek uit naar informatiebehoefte binnen hulpverlenende organisaties (INISS, Information Needs in Social Service Departments) (Wilson et al., 1986). Hun resultaten sluiten aan bij eerder onderzoek van Mintzberg naar informatiegedrag van managers, en wijzen op de overheersing van overdracht van informatie via gesprekken, eerder dan via documenten. Typerend is een uitspraak van een sectorhoofd van een sociale dienst, die wat gratis tijdschriften en een exemplaar van *British Journal of Social Work* aan zijn secretaresse geeft voor verdere verspreiding in de organisatie met de woorden 'I haven't got time to read everything'. Verder constateren Wilson et al. dat slechts weinig tijdschriften beschikbaar zijn binnen hulpverlenende organisaties en dat men vooral de vakbladen zoals *Community Care* en *Social Work Today* leest, meer dan de wetenschappelijke tijdschriften.

Wilson et al. waren niet de eersten die opmerkten dat sociaal werkers die met handen en voeten in de praktijk staan de professionele literatuur van hun vakgebied niet bijhouden. Die analyse werd al gemaakt in 1923. Toen al maakte de auteur zich druk om het contrast tussen de behoefte aan levenslange (bij) scholing en het gebrek aan een lees/kenniscultuur binnen het sociaal werk. Daar liggen gemiste kansen: 'The most available open door to knowledge is being deliberately closed by those in a position to profit by it most. As a result, the intellectual development of many potential leaders is being dwarfed in the prime of their powers' (Steiner, 1923).

Onderzoek van recentere datum bevestigt dit beeld. Slechts een paar vaktijdschriften spelen een rol in professioneel leren, en wetenschappelijke tijdschriften worden door mensen in uitvoerende organisaties nauwelijks gelezen. Zij doen hun kennis vooral op via mondelinge informatieoverdracht (Horder, 2006; Sheldon & Chilvers, 2000).

Er zijn meerdere redenen te benoemen waarom wetenschappelijke literatuur weliswaar goed werkt voor *scholarly communication*, maar weinig wordt benut als deel van *professional communication*. Zo is er het element van beschikbaarheid van de literatuur. Wetenschappers hebben maar naar de digitale bibliotheek te surfen en hebben ruime toegang en krachtige zoekmogelijkheden. Vanuit een werkveldsituatie is dergelijke toegang zelden beschikbaar, al zijn

er enkele voorbeelden waar ontsluiting van wetenschappelijke literatuur voor specifieke beroepsgroepen gestalte krijgt, zoals de National Library for Health (<http://www.library.nhs.uk/>) en Social Care Online (<http://www.scie-socialcareonline.org.uk/>).

Verder speelt de toegankelijkheid van informatie in wetenschappelijke publicaties een rol. Wetenschappelijk taalgebruik is zelden eenvoudig, en er is wel eens op experimentele wijze aangetoond dat redacties van wetenschappelijke tijdschriften liever teksten met complexe taal publiceren dan eenvoudig geschreven teksten: de zogenaamde *baffle gab theory* (Armstrong, 1989). Toegankelijk schrijven wordt blijkbaar niet erg gewaardeerd in deze sector. Bovendien zijn onderzoeksresultaten meestal weinig eenduidig. Conclusies met de nodige voorzichtigheid formuleren en elkaar tegenspreken is juist een essentieel onderdeel van wetenschappelijk publiceren. Helaas is dat moeilijk te verzoenen met richtinggevende uitspraken over hoe te handelen in concrete (hulpverlenings)situaties. Tenslotte speelt ook de hoeveelheid wetenschappelijke literatuur een rol en het contrast tussen het tempo: het dagelijks werk vraagt snelheid, terwijl je vakken actualiseren juist traagheid vraagt, traagheid om teksten tot je te nemen en/of te reflecteren.

Deze communicatiekloof tussen onderzoeksresultaten en de doelgroep die ervan gebruik zou kunnen maken typeert niet alleen de sociale sector. In 2002 vroeg het kabinet de Onderwijsraad een advies uit te brengen over de vraag 'Hoe komt het dat in het onderwijs over het algemeen weinig gebruik wordt gemaakt van resultaten van onderwijsonderzoek (breed opgevat als diverse vormen van kennisontwikkeling), en hoe kan daarin verbetering worden gebracht?' Zowel de Onderwijsraad als de Adviesraad voor Wetenschaps- en Technologiebeleid (AWT) ging met deze vraag aan de slag en constateerde onder meer dat de schakels tussen de verschillende delen van de kennisketen zwak zijn: 'Het onderwijsonderzoek staat wetenschappelijk op een hoog niveau. Dat blijkt uit de visitaties. Maar de betekenis van het onderzoek voor de onderwijspraktijk is gering' (Adviesraad voor Wetenschaps- en Technologiebeleid, 2003). Een deel van de oorzaak van deze kloof wordt gezocht in het verschijnsel dat onderwijskundigen publiceren in buitenlandse wetenschappelijke tijdschriften die voor praktijkmensen nauwelijks toegankelijk zijn: 'De status van wetenschappelijk onderzoekers is in de huidige situatie vooral afhankelijk van het aantal publicaties in (internationale) wetenschappelijke tijdschriften. Publicaties in Nederlandse tijdschriften en praktijkgerichte vakbladen tellen daarbij nauwelijks mee, terwijl juist dat soort publicaties kunnen bijdragen aan een bredere verspreiding van onderzoeksbevindingen' (Onderwijsraad, 2003).



Als alternatieven stellen de Onderwijsraad en de AWT voor om meer waardering op te brengen voor ruimere communicatie rondom onderzoeksresultaten en de eendimensionale gerichtheid op internationale publicaties los te laten: ‘in bestaande wetenschappelijke beoordelingssystemen zitten prikkels die onderzoekers eerder afremmen dan stimuleren om zich in te spannen voor bredere toegankelijkheid’ (Onderwijsraad, 2003, p. 64). Bovendien moeten meer overzichtsstudies of reviews gemaakt worden om de veelheid aan individuele onderzoeksrapporten hanteerbaar te maken: ‘Reviews hebben niet alleen als voordeel dat ze beschikbare kennis comprimeren, maar ook dat ze eventuele tegenstrijdige inzichten naast elkaar zetten’ (p. 80). Daarnaast moet het lineaire model aangevuld worden met werkvormen zoals kennisgemeenschappen, academische werkplaatsen of *communities of practice*.

## Een groeiende kloof

De onderzoeken naar het gebruik van onderzoeksliteratuur in de sociale sector melden dat beschikbaarheid van de literatuur een drempel is in de communicatie tussen wetenschap en praktijk. Wetenschappelijke tijdschriften zijn duur geworden, prijzen stijgen sneller dan de inflatie en werkveldorganisaties hebben niet de nodige middelen om zich er op te abonneren. Ook universitaire bibliotheken hebben steeds meer moeite om hun collectie wetenschappelijke tijdschriften op peil te houden, men spreekt er van een heuse *journal crisis* en vreest voor een beperking van de toegang tot wetenschap. Wetenschappelijke uitgevers reageren hierop met de zogenaamde *big deal*, waarbij abonnementen op grote aantallen tijdschriften gebundeld worden aangeboden aan de universitaire bibliotheken. Die moeten daar dan wel meer voor betalen, en besparen daarom op abonnementen op kleinere tijdschriften die niet door de grote wetenschappelijke uitgevers uitgegeven worden. Daartoe behoren dikwijls voor de praktijk relevante vakbladen.

Het wetenschappelijk publiceren is door de digitalisering van het afgelopen decennium grondig gewijzigd. Een bezoek aan de bibliotheek is voor tijdschriften niet langer nodig, lezers krijgen toegang via het beeldscherm op kantoor, de thuiswerkplek of waar dan ook. Het is stil geworden aan het kopeertoestel. Hoewel deze ontwikkeling voor studenten en onderzoekers zeer positief is, helpt ze niet de toegankelijkheid van de literatuur voor de praktijk te vergroten. Toegang tot deze digitale bibliotheken zit immers goed afgeschermd achter licentiecontracten zoals de *big deals*, en alleen medewerkers/studenten krijgen toegang.

Er is echter een andere ontwikkeling mogelijk gemaakt door digitalisering, namelijk de *open access* (Steyaert, 2010 (submitted)). Het monopolie dat uitgevers vroeger hadden op het kunnen bereiken van een ruim lezerspubliek is dankzij pdf-bestanden, internet en Google weggefallen. Iedereen kan relatief eenvoudig teksten publiceren via websites, en die teksten zijn dan vindbaar voor eenieder die op de juiste trefwoorden zoekt. Wetenschappers gebruiken dit om hun onderzoeksresultaten te verspreiden, aanvullend op de verspreiding via traditionele media. Nadat zo rond de eeuwwisseling steeds meer wetenschappers individuele websites bouwden en daarop rapporten en kopieën van hun artikelen beschikbaar stelden, heeft open access veel steun gekregen. Die steun lag zowel op het draagvlak vanuit de academische en politieke wereld (bijvoorbeeld de 'Berlin Declaration' en de steun vanuit de OESO en de Europese Unie) als in de uitbouw van de technische infrastructuur om open access te professionaliseren. Die lag zowel bij de kant van de aanbieder (via bijvoorbeeld het Nederlandse DARE-programma van SURF) als bij de consument (via bijvoorbeeld Google Scholar).

Hoewel door deze ontwikkelingen het monopolie van uitgevers aan erosie onderhevig is en steeds meer onderzoeksinformatie gratis online beschikbaar is, blijven ze maar een relatief klein deel betreffen van de totale onderzoeksproductie. Het informatiegedrag van (potentiële) gebruikers van onderzoeksinformatie past zich echter wel in snel tempo aan. De hoeveelheid eenvoudig te vinden informatie, beschikbaar zonder dure abonnementen, is dermate groot dat het een stevige portie vastberadenheid vraagt om verder te zoeken. Zelfs een zoektocht met zeer specifieke en weinig gebruikte trefwoorden levert op Google al snel meer op dan zo 1-2-3 gelezen kan worden. Daardoor zal de makkelijk te vinden informatie de minder eenvoudig te vinden informatie verdringen. Er is hier potentieel sprake van een variant op de wet van Thomas Gresham uit 1558: *bad money drives out the good money*. Door een toename van via websites toegankelijke informatie en een onvoltooide open access-digitalisering waarbij slechts een deel van de wetenschappelijke publicaties vrij toegankelijk zijn, kan er sprake zijn van *bad but easily available information drives out the good but less available information*.

Er zijn grondige redenen om 'open access' verder te ontwikkelen, zoals onderzoeksresultaten kosteloos zichtbaar maken voor de samenleving die er immers voor betaalde via collectieve middelen en het versnellen van communicatie tussen wetenschappers. Dit zijn evenwel argumenten binnen het kader van 'scholarly communication' en niet binnen het kader van optimalisering van 'professional communication'. Naast 'open access' moet er dus verder gezocht

worden naar manieren om de communicatiekloof tussen wetenschap en praktijk te verkleinen. Zoals uit genoemde onderzoeken blijkt, moet de aandacht daarbij gaan naar betrokkenheid van hulpverleners bij het onderzoek zelf, naar wetenschapscommunicatie in vakpers en algemene media en naar face-to-face kennisoverdracht. Historisch ontwikkelde die laatste vorm, en meer specifiek de zogenaamde ‘communities of practice’, zich gelijklopend met wetenschappelijke tijdschriften, maar kreeg ze gaandeweg minder waardering en ruimte. De oorsprong van de huidige academies voor wetenschappen lag in het organiseren van ontmoetingen, het faciliteren van ‘communities of practice’. Helaas gaan de ontwikkelingen de andere kant op, en komen wetenschappers die willen bijdragen aan beroepsinnovatie in een spagaat terecht. Enerzijds zijn de eerder genoemde bouwstenen voor ‘professional communication’ behoorlijk tijdsintensief. Anderzijds worden kansen op bevordering of verwerven van onderzoeksfondsen in toenemende mate streng gerelateerd aan internationale publicaties. De communicatiekloof tussen wetenschap en hulpverlening zou de volgende jaren wel eens groter kunnen worden, eerder dan kleiner.

## 12. Casus: achter de voordeur

“Reach out and touch somebody’s hand,  
make this world a better place if you can”

Bovenstaand citaat komt uit de leadsong van een emo-tv-show om kijkers te amuseren met mensen die iets hartelijks deden voor mensen in moeilijke situaties. Het beleidsprogramma van het vierde kabinet Balkenende had de fraaie titel ‘samen werken, samen leven’. Ook in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) wordt van alle burgers verwacht dat ze meedoen in de maatschappij. De overheid komt pas in het geweer als burgers het onderling zelf niet meer kunnen organiseren.

Tegelijk is er een ontwikkeling vanuit de publieke dienstverlening om niet meer te wachten tot de cliënt naar kantoor komt, maar die cliënt actief op te zoeken, outreachend te werken. In prachtwijken maar ook elders komen hulpverleners steeds meer op huisbezoek, ‘achter de voordeur’. Hoe dit vorm krijgt beschrijven we in dit hoofdstuk. Na een begripsomschrijving gaan we in op het vernieuwende van de methode en beschrijven we hoe het komt dat deze methode zo’n opgang doet de laatste tijd.

### What’s in a name?

De term ‘achter de voordeur’ blijkt een vlag die vele ladingen dekt. ‘Achter de voordeur’ betekent dat burgers in hun thuissituatie opgezocht worden. Het is een actieve benadering van burgers door hulpverleners en/of professionals en ‘outreachend’. Doelen van ‘achter de voordeur’ gaan over belangrijke termen in het hedendaags sociale beleid zoals sociale participatie en integratie. De overheid beoogt burgers te ‘empoweren’ en op hun eigen krachten aan te spreken, zodat ze meedoen en participeren in de samenleving. Door middel van huisbezoeken wil men alle problemen in een huishouden in kaart brengen en oplossen, waarbij de ‘frontlijnwerkers’ zelf contact opnemen met bewoners in een buurt.

Buurten waarin dit middel wordt ingezet hebben vaak problemen op het gebied van leefbaarheid en veiligheid. De inwoners kunnen kampen met gezondheidskwesties, armoede en vragen over opvoeding. Hun problemen zijn complex van aard en daarom worden verschillende partijen erbij betrokken, zoals de politie, het welzijnswerk, de lokale overheid, het maatschappelijk

werk, medische hulpverleners en scholen. Medewerkers van deze organisaties werken allemaal in een gezin zodat het nogal eens voorkomt dat deze hulp niet op elkaar afgestemd is en niet adequaat werkt. De methode ‘achter de voordeur’ wordt ingezet als panacee voor een veelheid aan problematieken. Het belangrijkste doel lijkt te zijn om te komen tot een gezamenlijke aanpak door betrokken instanties bij problemen, en tegelijkertijd de burgers aan te spreken op ‘hun eigen kracht’, op hun verantwoordelijkheid. Ze mogen en moeten weer ‘meedoen’. Dit is mooi staaltje van verknoping van verschillende beleidsdoelen: (eigen) krachtwijken, bemoeizorg en maatschappelijke participatie.

Burgers in probleemwijken worden actief benaderd door buurtwerkers, ontwikkelingwerkers, frontliniewerkers, jongerenwerkers of wat voor functienamen ze maar hebben. Deze actieve benadering heet in mooi Nederlands ‘outreaching’: burgers kloppen niet met hun hulpvragen aan bij hulpverleningsinstanties, maar de instanties zoeken de burgers op bij hen thuis. Het motto is dan ook ‘Er op af’. Als de vele congressen die georganiseerd worden met dit thema een indicator zijn, is deze benadering *hot stuff* in diverse sectoren.

## Het kan verkeren

Hoe kan het dat ‘achter de voordeur’ en outreachend werken nu helemaal in de belangstelling staan terwijl het nog maar een paar decennia geleden de gewoonste zaak was dat leerkrachten van scholen op huisbezoek kwamen en wijkverpleegsters kwamen controleren of aanstaande moeders wel thuis konden bevallen? Ze wasten en prikten en gaven pedagogisch advies en verrichtten zo nodig hand- en spandiensten. Hulpverleners kwamen bij voorkeur bij de cliënten thuis om hulp te bieden.

Binnen een relatief kort tijdsbestek kwamen die huisbezoeken echter in een ander licht te staan. Ze zouden betuttelend en bevoogdend zijn, en te veel inmenging in de eigen leefsfeer met zich meebrengen. Huisbezoeken werden kortom *not done*. In navolging op ontwikkelingen in de zorg over ‘vraagstukking’ door cliëntenemancipatie, door ontwikkelingen als verzakelijking en de informatietechnologie verdwenen hulpverleners langzamerhand uit het straatbeeld en ontvingen hun cliënten op kantoor. De zorg werd opgesplitst in gestandaardiseerde trajecten en taken, waarbij regels en indicaties gesteld werden die leidend waren voor de toewijzing van hulp. Ook het hulpverleners werd gestandaardiseerd en vastgelegd in protocollen. Er werden eisen gesteld aan registratie en verantwoording. De procesorganisatie van de hulp leek lei-

dend in plaats van de hulpvraag. Afstemming tussen verschillende zorginstellingen was een probleem. Verhalen over hoe dramatisch dit in gezinnen kan uitpakken zijn alom bekend, met name die over Savanna en het gezinsdrama in Roermond (zie [www.canonsociaalwerk.nl](http://www.canonsociaalwerk.nl), 2004).

Vanuit verschillende hoeken werd daarom gepleit voor een andere aanpak. Zo nam onder meer de WRR in 2004 in 'Bewijzen van goede dienstverlening' stelling tegen de 'perverse effecten' van verantwoording. Evelien Tonkens brak een lans voor de beroepskrachten (Tonkens, 2008) en Andries Baart pleit voor presentie, voor aanwezigheid. De presentiebenadering hanteert een werkwijze die uitgaat van de 'menselijke maat'. De medewerker voegt zich naar en in de leefwereld van de cliënten en biedt daar (onvoorwaardelijke) hulp.

Dus het diende weer afgelopen te zijn met die terughoudendheid van de hulpverleners. Ze moesten weer 'er op af', achter hun computer en bureaus vandaan. Zorgmijders kregen bemoeizorg en de hulpverleners werden opgenomen in het leger van frontliniewerkers. Tamelijk krijgshaftige taal voor de zo 'zachte sector'.

## Hoe(z) nieuw?

De terughoudendheid – mag je ongevraagd bij burgers aankloppen? – die de hulpverleners jaren betracht hebben is sterk ingegeven door de individualistische tijdsgeest. Immers al eeuwen lang zijn er vormen voor hulp aan mensen die leven in armoede, die onaangepast zijn, die zwerven en overlast geven. Zo kende Nederland in de negentiende eeuw de woningopzichteressen, geïnspireerd door het werk van onder meer Octavia Hill en Helene Mercier (zie [www.canonsociaalwerk.nl](http://www.canonsociaalwerk.nl), 1870). Op basis van *charitas* en/of ingegeven door religieuze en morele opvattingen werden mensen geholpen, waarbij de kwestie of ze dat wel wilden helemaal niet speelde. Ze moesten zich aangepast gedragen, anders kregen ze geen eten of onderdak. Dat was nog eens socialisering.

Dat de methode om actief burgers benaderen weer van stal is gehaald na een eerder stadium van grote terughoudendheid jegens zorgmijders, is in navolging van het Amsterdamse project 'Vliegende Hollanders'. Doel van dit project was om te voorkomen dat het aantal daklozen verder zou stijgen. Er werd actief bemiddeld tussen woningcorporaties, burgers en andere hulpverleningsinstanties om uithuiszettingen te voorkomen, wetende dat problemen nog lastiger te verhelpen zijn zonder onderdak (Rakers, 2008). In dit project

bleken het juist de hulpverlenende instanties te zijn die barrières opwierpen. Hulpvragers moesten (op tijd) naar het loket en/of bureau komen en in staat zijn hun problemen te formuleren en de vereiste documenten voor te leggen. Deze eisen aan 'de gemotiveerde hulpvraag' waren voor velen te veel gevraagd, waardoor de doelgroep niet bereikt werd en problemen verergerden. Het project heeft navolging gekregen in diverse steden en diverse varianten. De constante factor is de complexe problematiek van de betrokken huishoudens. Er kan sprake zijn van problemen op het gebied van werk en inkomen, verslaving, gezondheid, opvoeding van de kinderen en sociale integratie.

### Lokale invulling van 'achter de voordeur'

Momenteel wordt er een polemiek gevoerd of en in hoeverre de Rotterdamse Interventie Teams onder de methodiek 'achter de voordeur' geschaard kunnen worden. Deze teams verschaffen zich sinds 2001 ongevraagd toegang tot probleemhuishoudens. In Rotterdamse stadswijken namen verloedering en onveiligheid dergelijke vormen aan dat de gemeente besloot panden structureel te gaan controleren op overlast, illegale bewoning, armoede en gezondheid van bewoners. Deze aanpak werd overgenomen door andere stadsdelen. Door de opkomst van onder meer Leefbaar Rotterdam werd de inzet van de Interventie Teams verder gestimuleerd. Ondanks de politieke nadruk op de repressieve functie van deze interventie wordt onder het motto 'Handhaving en zorg' gewerkt met verschillende instanties. De kritiek erop is dat de interventies haaks staan op het contact maken met de leefwereld van de burger, een doelstelling van het outreachend werken. In het rapport *Baas in eigen huis* van de Ombudsman Rotterdam wordt krachtig stelling genomen tegen de wijze waarop het fenomeen huisbezoek bij Rotterdamse inwoners ingezet is (Ombudsman Rotterdam, 2007). Er zijn vier gemeentelijke diensten, zo beschrijft het rapport, die gerechtigd zijn om huisbezoeken te verrichten. Onder de vlag van onder meer controle op naleving op de Wet werk en bijstand, de Woningwet en de Gemeentelijke Basisadministratie kunnen huisbezoeken uitgevoerd worden. Ook leerplichtambtenaren en medewerkers van de GGD brengen huisbezoeken in het kader van de (bemoei)zorg en crisisinterventie. Wie in de media beeldverslagen heeft gezien over de wijze waarop de huisbezoeken worden uitgevoerd kan de kritiek van de Ombudsman onderschrijven. Het rapport stelt dat er bezoeken zijn afgelegd door maar liefst twaalf functionarissen tegelijkertijd. De kritiek van de Ombudsman richt zich met name op juridische en bejegeningaspecten.

De Stichting Eropaf stelt zich teweer tegen 'ondoordacht en onbeschaafd huisbezoek' (zie [www.eropaf.org](http://www.eropaf.org)). Op de website van deze stichting is te lezen dat het doel is een 'versnelling tot stand te brengen in de uitwisseling van kennis en ervaring tussen alle denkbare partijen over innovatie in het veld in het bijzonder het outreachende werken'.

In Eindhoven is er een Team Bemoeizorg, dat mensen in zorgwekkende situaties opzoekt. Het is een gezamenlijk initiatief van de gemeente, de GGzE, de politie, Novadic-Kentron, GGD en Welzijn Eindhoven. Binnen de wijkaanpak wordt geëxperimenteerd met 'achter de voordeur', met bewonersparticipatie, de gezonde wijk, samenhang in de wijk, slagkracht in de wijk, vernieuwend welzijn en minder bureaucratie. Het doel van het experiment met 'achter de voordeur' is het vinden van 'werkbare en vernieuwende manieren voor een samenhangend hulpaanbod aan gezinnen en huishoudens met meerdere problemen' (zie [www.vrom.nl/pagina.html?id=42595](http://www.vrom.nl/pagina.html?id=42595)). In de Eindhovense wijk De Kruidenbuurt loopt vanaf de zomer van 2008 het samenwerkingsproefproject 'Achter de voordeur'. Hierin participeren woningbouwvereniging Trudo, de GGzE en de gemeente met de brede thema's sociaal isolement, sociale cohesie, preventie en outreachende hulp. De drie organisaties hebben samen honderd gesprekken gevoerd met bewoners over hun ambities op vlakken zoals wonen, gezondheid, werk en vrije tijd. De eerste reacties zijn positief: de samenwerkende professionals zien en ervaren de meerwaarde ervan, en bewoners zijn veelal verrast en blij met de interesse, aandacht en indien van toepassing de ondersteuning. Er volgt een proces- en productevaluatie, die 'een beeld schetst van de mate van succes van het huidige project'. De opvallende afwezige is de lokale welzijnsinstelling.

Daarenboven is er een 'Krachtteammodel', dat zich richt op deskundigheidsbevordering, monitoring, evaluatie en procesbegeleiding rondom de hulp aan multiprobleemhuishoudens met het doel om deze huishoudens adequaat te helpen en, meer structureel, de hulp- en dienstverlening effectief te laten samenwerken. Speciaal aangestelde krachtwerkers zouden het ook hier weer het geconstateerde knelpunt 'samenwerking en regie op samenwerking' dienen aan te pakken. Op wijkniveau wordt het achter-de-voordeurbeleid uitgevoerd met als uitgangspunt het maximaal benutten van het bestaand aanbod. In een bestuurlijke begeleidingsgroep met vertegenwoordiging van lokale instellingen van (geestelijke) gezondheidszorg, verslavingszorg, welzijnsorganisatie, woningcorporaties, instellingen voor dak- en thuislozen, politie, MEE en de gemeente wordt gewerkt aan het gezamenlijk oplossen van structurele knelpunten in de aanpak. De Eindhovense aanpak trekt landelijk de aandacht



en heeft geleid tot een opdrachtgeversrol in het landelijk experiment Achter de Voordeur van het Ministerie van VROM/WWI, met de wethouder voor Maatschappelijke Zorg als ambassadeur.

## Overall

In diverse steden tracht men, of het nu in het kader van Vogelaar- of krachtwijken of 'meedoen'projecten is, hulp aan deze huishoudens effectief in te zetten. De interventies worden ook gebruikt als antwoord op de kritiek dat hulpverlening te aanbodgericht is en dat er veel te weinig afstemming bestaat tussen de verschillende hulpverleningsinstanties waarbij multiprobleemgezinnen de schone taak krijgen om al die casemanagers (op het gebied van hulp aan de kinderen, maatschappelijk werk, schuldhulpverlening, psychiatrische hulp, verslavingszorg en ga zo maar door) te coördineren. In navolging van gezinscoaches wordt ook hulp aan gezinnen/huishoudens op wijkniveau aangeboden. Eigenlijk is het dus een soort renaissance van de opbouwwerker. Gezien het weinig vleiene 'geitenwollensokken'-imago van de opbouwwerker is een renaissance van het beroep niet onwelkom.

Maar is de buurtcoach of krachtwerker een nieuwe variatie op het aloude thema van huisbezoeken van de woningopzichteressen? En biedt die wijkcoach nu de langverwachte oplossing of roept deze nu weer nieuwe bureaucratische drukte op? Alles moet immers natuurlijk zorgvuldig gecoördineerd en geëvalueerd worden en afgestemd tussen de verschillende stadswijken, stadsdeelteams, enzovoort.

Door nieuwe beleidsimpulsen als de Wmo en 'de krachtwijken' is er veel verandering in het welzijnswerkland. Lokale overheden worstelen met het vormgeven van deze nieuwe opgaven. Welzijnsinstellingen zien zich gesteld voor nieuwe structuren waarbij eisen als ketenkwaliteit en onderlinge afstemming steeds nadrukkelijker gesteld worden. Er worden andere eisen gesteld aan professionals, die meer over samenwerkingsexpertise en netwerkcompetenties moeten gaan beschikken.

Bekeken vanuit het thema evidence based sociaal werk is natuurlijk de grote vraag waar die hele dynamiek van eerst ophouden met huisbezoeken en er nadien mee beginnen raakt aan effectonderzoek. Is er enig onderzoek dat aangeeft dat 'achter de voordeur' de gewenste effecten oplevert? Heeft wetenschap in deze ontwikkeling naar meer outreachende hulpverlening überhaupt een rol gespeeld, of ging het veel meer om gewijzigde maatschappelijke voorkeuren?

# Slotbeschouwing

Met deze publicatie hebben we getracht de raakvlakken tussen evidence based practice en de sociale sector te beschrijven. Het is goed dat die raakvlakken er zijn, en ze mogen wat ons betreft zelfs nog krachtiger worden. We denken dat de sociale sector veel kan winnen door sterkere relaties met wetenschap en onderzoek. De gezondheidszorg heeft de afgelopen halve eeuw enorme vooruitgang gemaakt dankzij evidence based medicine. Deze vooruitgang kan als een uitnodiging gezien worden aan andere beroepen, waaronder sociaal werk, om ook die weg te bewandelen. Vanzelfsprekend past daarbij enige bescheidenheid in verwachtingen. Door de complexiteit en diversiteit van problemen waarop de sociale sector zich richt zal de winst er waarschijnlijk niet zo groot zijn als die in de gezondheidszorg. Dat hoeft echter geen reden te zijn om deze kans te laten liggen.

Ons pleidooi houdt echter meer in dan een oproep om sociaal werk en wetenschap dichter bij elkaar te brengen. Ons pleidooi omvat ook een oproep om de discussie hierover niet te beperken tot de veelgehoorde normatieve of methodologische invalshoek. De *normatieve invalshoek* krijgt veel aandacht en bestaat kort samengevat uit de uitspraak dat sociaal werk zich moet laten inspireren door wetenschappelijk onderzoek. Elders hebben we geargumenteed dat het verfrissend is dat ook om te draaien, en te stellen dat wetenschappelijk onderzoek zich moet laten waarderen op de bijdrage die het levert aan de praktijk van hulpverlening (Steyaert et al., 2010 (in druk)).

De *methodologische invalshoek* is wat diverser en bestaat uit talloze handreikingen en leidraden over hoe effectonderzoek en random controlled trials of meta-analyses uit te voeren. Dat omvat traditioneel kwantitatief onderzoek en statistiek, maar in toenemende mate ook kwalitatief onderzoek.

Wij pleiten er voor om beide invalshoeken aan te vullen met een *sociologische invalshoek* en te kijken naar de manier waarop sociale interventies zich ontwikkelen, hoe ze een plaats veroveren in het dagelijks werk in de sociale sector en hoe ze die plaats ook weer verliezen. Daarin speelt wetenschap een rol, maar zijn ook andere krachten aanwezig. Zonder dat hele krachtenveld in beeld te brengen, krijgt aandacht voor evidence based sociaal werk snel een problematische vorm van *bijziendheid*.

Om die sociologische invalshoek vorm te geven, hebben we in deze publicatie de beschouwende hoofdstukken afgewisseld met biografieën van bekende sociale interventies zoals Glen Mills, Triple P en ‘achter de voordeur’. De zes sociale interventies die we hier beschrijven zijn een redelijk toevallige steekproef uit de honderden sociale interventies die dagelijks in sociaal werk toegepast worden. We nodigen dan ook alle lezers uit om ze aan te vullen met biografieën van andere sociale interventies, met beschrijvingen van beroepsinnovaties en hun relatie met effectonderzoek en wetenschap, maar ook hun relatie met andere krachten zoals maatschappelijke voorkeuren, de aan- of afwezigheid van charismatische personen, het aanstekelijke of dwingende enthousiasme van een wethouder, enzovoort. We krijgen graag deze biografieën toegestuurd, want de weerbarstigheid van de werkelijkheid is veel boeiender dan voorschriften over hoe de dingen zouden moeten zijn.

# Literatuur

- Acker, J. van (1998). *Jeugdcriminaliteit. Feiten en mythen over een beperkt probleem*. Houten: Bohn Stafleu.
- Adviesraad voor Wetenschaps- en Technologiebeleid (2003). *Onderzoek in het onderwijs. Versterking van de brug tussen onderzoek en onderwijspraktijk*. Den Haag: AWT.
- Albers, I. (2007). *Heilige kracht wordt door beweging losgemaakt. Over pelgrimage, lopen en genezing*. Groningen: Instituut voor Liturgiewetenschap.
- Armstrong, J.S. (1989). Readability and Prestige in Scientific Journals. *Journal of Information Science*, 15, 123-124.
- Baas, N.J. (2005). *Wegen naar het rechte pad*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum (WODC).
- Bajic, N. & D. Scepanovic (2003). Clinical trials, from anecdotes to evidence based medicine. *Archive of oncology*, 11(1), 13-16.
- Beke, B., A. van Wijk, A. & H. Ferwerda (2006). *Jeugdcriminaliteit in groepsverband ontrafeld. Tussen rondhangen en bendevorming* (3 ed.). Amsterdam: SWP.
- Bodd, J. (2003). *Evaluatie van ABCD-pilot LijmbEEK (Eindhoven)*. Eindhoven: Fontys Hogescholen.
- Boevink, W., A. Plooy & S. van Rooijen (2006). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid*. Utrecht: SWP.
- Brinkman, F. (2001). *Optimaliseren van cliëntenparticipatie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Broad, W.J. (1981). The publishing game. Getting more for less. *Science*, 211(4487), 1137-1139.
- Brown, K. (2004). *Penicillin man. Alexander Fleming and the antibiotic revolution*. Thrupp: Sutton.
- Brown, L. (2007). The adoption and implementation of a service innovation in a social work setting. A case study of family group conferencing in the UK. *Social Policy and Society*, 6(3), 321-332.
- Burssens, D. (2007). Hoe evident is evidencebased beleid?. *Alert*, 33(3), 52-63.
- Carson, R. (1962). *Silent spring*. Londen: Penguin.
- Cherkin, D.C. et al. (2009). A randomized trial comparing acupuncture, Simulated acupuncture, and usual care for chronic low back pain. *Archives of Internal Medicine*, 169(9), 858-866.

- Cook, T. et al. (1975). *Sesame street revisited: a case study in evaluation research*. New York: Russell Sage.
- Davelaar, M. et al. (2001). *Wijken voor bewoners. Asset-based community development in Nederland*. Utrecht: Verwey-Jonker.
- Dearing, J.W. (2009). Applying diffusion of innovation theory to intervention development. *Research on social work practice*, 19(5), 503-518.
- Dijk, P. van (2003). *Geneeswijzen in Nederland, compendium van alternatieve geneeswijzen*. Deventer: Ankh-Hermes.
- Doorn, L. van (2008). Morele oordeelsvorming. *Maatwerk. Vakblad voor maatschappelijk werk*, (4), 4-7.
- Erp, N. van et al. (2008). *Werken met begeleiders in de ggz met ervaringsdeskundigheid*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Evans, D. (2003). *Placebo, the belief effect*. Londen: Harper Collins.
- Finckenaer, J. P. & Gavin (1999). *Scared straight, the panacea phenomenon revisited* Illinois: Waveland.
- Fisch, S.M. & R.T. Truglio (red.) (2001). 'G' is for growing. *Thirty years of research on children and Sesame Street*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Fischer, J. (1973). Is casework effective? A review. *Social work*, 18(1), 5-20.
- Fitzgerald, L. et al. (2002). Interlocking interactions, the diffusion of innovations in health care. *Human Relations* 55, 1429-1449.
- Flyvbjerg, B. (2007). Truths and lies about megaprojects (oratie TU Delft).
- Garland, D. (2001). *The culture of control, crime and social order in contemporary society*. Oxford: Oxford University Press.
- Garretsen, H. (2001). *Goed geholpen? Over vraagsturing en evidence based werken in zorg en preventie*. Tilburg: Katholieke Universiteit Brabant.
- Garretsen, H.F.L. et al. (2007). Bridging the Gap between Science and Practice. Do Applied Academic Centres Contribute to a Solution? A Plea for International Comparative Research. *Journal of Comparative Social Welfare*, 23(1), 49-59.
- Graaf, I. de (2009). *Helping families change: the adoption of the Triple P. Positive Parenting Program in the Netherlands*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hardiman, E.R. (2007). Referral to consumer-run programs by mental health providers. A national survey. *Community Mental Health Journal*, 43(3), 197-210.
- Hempel, S. (2006). *The medical detective: John Snow, cholera and the mystery of the Broad street pump*.
- Hilhorst, N. & E. Klooster (2004). *Programma-evaluatie van de Glen Mills School*. Amsterdam: DSP-groep.

- Horder, W. (2006). 'Reading' in Professional Practice. How Social Work Practice Assessors Access Knowledge and Information. *British Journal of Social Work*, 37(6), 1079-1094.
- Hortulanus, R. & J. Machielse (2001). *Jong geleerd, oud gedaan?* Den Haag: Elsevier.
- Harberden, P. van & R. Lafaille (red.) (1978). *Zelfhulp, een nieuwe vorm van hulpverlening?* Den Haag: VUGA.
- Houten, D. van (1999). *De standaardmens voorbij. Over zorg verzorgingsstaat en burgerschap.* Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Istendael, G. van (2005). *Mijn Nederland.* Atlas.
- Jagt, N. (2006). *Beroepsprofiel van de maatschappelijk werker.* Utrecht: NVMW.
- Jakobs, J., B. Beke & H. Ferwerda (2006). *Focus op jeugdcriminaliteit.* Amsterdam: SWP
- Johnson, S. (2006). *The ghost map.* Londen: Penguin
- Jonge, G. de & J. Hoogenboezem (2005). Een kwart eeuw wiegendood in Nederland. *Bevolkingstrends*, 57-63.
- Kirsch, I. et al. (2002). The emperor's new drugs. An analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration. *Prevention & treatment*, 5(1).
- Kolk, K. van der & K. van den Berg (1999). *Uitzicht zonder tralies. Een jongensboek.* Hoenderloo Groep.
- Kolk, R. & S. van Rooijen (2005). *Contacten tussen verslavingsinstellingen en zelfhulpgroepen.* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Laan, P. van der, E. Spaans & J. Verhagen (2004). De Glen Mills School onderzocht... Over goede bedoelingen, hoge verwachtingen en een twijfelachtig rapport. *Delikt en delinkwent*, 34(8), 809-825.
- LeCroy, C.W. & J. Krysik (2007). Understanding and interpreting effect size measures. *Social work Research*, 31(4), 243-248.
- Lee, T. (2004). Nurses' adoption of technology. Application of Rogers' innovation-diffusion model. *Applied Nursing Research*, 17(4), 231-238.
- Leeuw, F. (2008). *Gedragsmechanismen achter overheidsinterventies en rechtsrengels (oratie).* Maastricht: Universiteit van Maastricht.
- Levering, B. & P. Smeyers (2009). Assessing the quality of educational research in The Netherlands. In T. Besley (red.), *Assessing the Quality of Educational Research in Higher Education* (pp. 315-326). Rotterdam/Boston/Taipei: Sense.
- Lilienfeld, A. (1982). Ceteris paribus: the evolution of the clinical trial. *Bulletin of the history of medicine*, (56), 1-18.

- Liu, Z. (2003). Trends in transforming scholarly communication and their implications. *Information Processing and Management: an International Journal archive*, 39(6), 889-898.
- Madsen, M.V., P.C. Gøtzsche & A. Hróbjartsson (2009). Acupuncture treatment for pain. Systematic review of randomised clinical trials with acupuncture, placebo acupuncture, and no acupuncture groups. *British Medical Journal*. 338:a3115
- Maes, J. (2008). *Glen Mills, het verhaal van een omstreden experiment*. Amsterdam: Van Genneep.
- Marx, H. (1984). *Museum voor ouders en opvoeders (doctoraalscriptie)*. UvA, Amsterdam.
- McKnight, J. & J. Kretzmann (2004). *Wijkontwikkeling op eigen kracht*. Den Haag: LSA.
- McLaughlin, H. (2010 (in press)). Promoting a research-minded culture in welfare organizations. *European Journal of Social Work*. 13
- Meerdink, J. (1996). *'Lotgenotencontact werkt!' Eindrapport van het project Lotgenotencontact*. Utrecht: Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie.
- Meuleman, M. (1998). Homeopathie: Geloof of Wetenschap? *Eos Magazine*.
- Meulenberg, F. & J. van Everdingen (1996). *Het grote sterven*. Amsterdam: Boom.
- Mijland, E. (2009). *Integreren doe je niet alleen. Het groep-in-school-model in de praktijk: integratieklas De Blauwe Bloem*. Apeldoorn: Garant.
- Muusse, C. & S. van Rooijen (2009). *De echo van het eigen verhaal. Over zelfhulpgroepen bij verslaving en de samenwerking met de ggz en verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Noije, L. van & K. Wittebrood (2009). *Overlast en verloedering ontsleuteld. Veronderstelde en werkelijke effecten van het Actieplan overlast en verloedering*. Den Haag: SCP.
- Nuland, S.B. (2003). *The doctors' plague. Germs, childbed fever, and the strange story of Ignác Semmelweis*. New York: Atlas books.
- Ombudsman Rotterdam (2007). *Baas in eigen huis*. Rotterdam.
- Onderwijsraad (2003). *Kennis van onderwijs*. Den Haag: Onderwijsraad.
- Petrosino, A., C. Turpin-Petrosino & J.O. Finckenauer (2000). Well-meaning programs can have harmful effects! Lessons from experiments of programs such as 'scared straight'. *Crime & Delinquency*, 46(3), 354-379.
- Rakers, M. (2008). Hulpverleners moeten niet meegaan in stoere taal. *TSS, Tijdschrift voor sociale vraagstukken*, (10), 26-29.
- Regt, H. de & H. Dooremalen (2008). *Wat een onzin*. Amsterdam: Boom.

- Rensen, P., S. van Arum & R. Engbersen (2008). *Wat werkt? Een onderzoek naar de effectiviteit en de praktische bruikbaarheid van methoden in de vrouwenopvang, maatschappelijke opvang en opvang voor zwerfjongeren*. Utrecht: MOVISIE.
- Rensen, P. et al. (2009). *Passend bewijs voor effectiviteit in de sociale sector. Discussiestuk*. Utrecht: MOVISIE.
- Rogers, E. (2003). *Diffusion of innovations*. New York: Free press.
- Rosenblatt, A. (1968). The practitioner's use and evaluation of research. *Social Work*, 13(1), 53-59.
- Rovers, B. (2007). *'Ze deugen nergens voor'. Het Belieffeffect in justitiële jeugdin-terventies*. Breda: Avans.
- Royal Society (1999). Complementary and alternative medicine: response to the House of Lords inquiry into complementary and alternative medicine. *Ref: 18/99*.
- Sackett, D.L. 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 and Owl.
- Sanders, M.R., C. Markie-Dadds & K.M.T. Turner (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the triple P-positive parenting program: a population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting Research and Practice Monograph*.
- Schoenwald, S. & K. Hoagwood (2001). Effectiveness, transportability, and dissemination of interventions: what matters when? *Psychiatric services*, 52(9), 1190-1197.
- Sheldon, B. & R. Chilvers (2000). *Evidence-based social care: a study of prospects and problems*. Lyme Regis: Russell House.
- Singh, S. & E. Ernst (2008). *Trick or Treatment? Alternative Medicine on Trial*. Londen: Corgi.
- Slooten, J.D.F. van & C.A.J. van Bakkum (2005). Ervaringsdeskundigheid in ACT. De winst en de weerstand. In N. Mulder & H. Kroon (red.), *Assertive community treatment. Bemoezing voor patiënten met complexe problemen* (pp. 129-147). Nijmegen: Boom.
- Snow, S. (2008). *Blessed days of anaesthesia*. Oxford: Oxford University Press.
- Spangenberg, F. & W. Lampert (2009). *De grenzeloze generatie*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam.
- Starr, D. (1998). *Blood. An epic history of medicine and commerce*. New York: Knopf.



- Steiner, J.F. (1923). The reading habits of the social worker. *Journal of Social Forces*, 1(4), 477-489.
- Steyaert, J. (2009). Toverend Trotskisme. De hype van verandering in de sociale sector *Sozio*, (februari), 38-40.
- Steyaert, J. (2010 (submitted)). Scholarly communication and social work in the Google era. *International social work*, 53.
- Steyaert, J. & N. Gould (2009). Social work and the changing face of the digital divide. *British Journal of Social Work*, 39(4), 740-753
- Steyaert, J., F. Spierings & C. Autant Dorier (2010 (submitted)). Promoting a practice-minded culture in research organizations. *European journal of social work*, 13.
- Stokes, D. (1997). *Pasteur's Quadrant: Basic Science and Technological Innovation*. Washington, D.C.: Brookings Institution Press.
- Strien, P. van (1986). *Praktijk als wetenschap. Methodologie van het sociaalwetenschappelijk handelen*. Assen: Van Gorcum.
- Swanborn, P. (1999). *Evalueren. Het ontwerpen, begeleiden en evalueren van interventies, een methodische basis voor evaluatie-onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- Thyer, B.A. (2006). What is evidence-based practice? In A. Roberts & K. Yeager (red.), *Foundations of evidence-based social work practice* (pp. 35-58). Oxford: Oxford University Press.
- Tichenor, P., G. Donohue & C. Olien (1970). Mass media flow and differential growth in knowledge. *Public Opinion Quarterly*, 34(2), 159-170.
- Tielens, J. (2010). *Bemoezorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Tonkens, E. (2006a). *De bal ligt bij de burger. Burgerschap in een pluriforme dynamische samenleving (oratie)*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Tonkens, E. (2006b). *Meerjarenkader onderzoek en onderwijs 2005-2009 bijzondere leerstoel Actief Burgerschap, competentieontwikkeling en toerusting*. Amsterdam: Stichting Actief Burgerschap.
- Tonkens, E. (2008). *Mondige burgers, getemde professionals*. Amsterdam: Van Gennep.
- Twist, M. van & W. Verheul (2009). *Bijvangst van beleid. Over ongezochte opbrengsten van de wijkaanpak*. Den Haag: Lemma.
- Velzen, K. van & S. Broekhuijs (2008). *Glen Mills, school voor winnaars? Een politiek experiment met probleemjongeren. Zwartboek*. Rotterdam SP.
- Verhoef, J. et al. (2008). De methodiek van evidence-based practice. In K. Cox et al. (red.), *Evidence-based practice voor verpleegkundigen* (pp. 35-62). Utrecht: Lemma.

- Vogelvang, B. (2006). *Respect voor jezelf. De theorie van het programma van de Glen Mills School*. Wezep: Glen Mills School.
- Vries, S. de (2007). *Wat werkt? De kern en de kracht van het maatschappelijk werk*. Amsterdam: SWP.
- Walter, I. et al. (2004). *Improving the use of research in social care practice* (<http://www.scie.org.uk/publications/knowledgereviews/ed/>). Londen: Social Care Institute for Excellence.
- Weisburd, D. C. & Lum (2005). The diffusion of computerized crime mapping in policing. Linking research and practice. *Police Practice and Research. An International Journal*, 6(5), 419 - 434.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (1992). *Eigentijds burgerschap*. Den Haag: SDU.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2005). *Vertrouwen in de buurt*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Wilson, T. et al. (1986). Information needs in social services. An overview. *Research Highlights in Social Work*, (13), 12-24.
- Wubs, J. (2004). *Luisteren naar deskundigen: opvoedingsadvies aan Nederlandse ouders 1945-1999*. Assen: van Gorcum.
- Wyatt, S., G. Thomas & T. Terranova (2002). They came, they surfed, they went back to the beach. Conceptualizing use and non-use of the internet. In S. Woolgar (red.), *Virtual Society? Technology, cyberbole, reality* (pp. 23-40). Oxford: Oxford University Press.
- x. (2008). *Vele takken, één stam: kader voor de hogere sociaal-agogische opleidingen*. Amsterdam: SWP.
- Yperen, T. van (2003). *Resultaten in de jeugdzorg. Begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW.
- Yperen, T. van & K. Bakker (2008). *Ontwikkeling en borging jeugdinterventies*. Utrecht: Nji.
- Yperen, T. van & J.W. Veerman (red.). (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Zwet, R. van der et al. (2010 (in druk)). Weldoordachte methoden als groeibriljanten in de sociale sector. *Alert*, 36(2).



## Over de auteurs

Tineke van den Biggelaar is docent bij Fontys Hogeschool Sociale Studies met de aandachtsgebieden beleid, kwaliteitszorg, projectmanagement en onderzoek. Ze is daarnaast secretaris/onderzoeker van de Rekenkamercommissie van de gemeente Eindhoven.

Tineke is te bereiken via [t.vandenbiggelaar@fontys.nl](mailto:t.vandenbiggelaar@fontys.nl). Zie ook <http://www.eindhoven.nl/gemeente/gemeenteraad/rekenkamer.htm>.

Johan Peels is socioloog en docent bij Fontys Hogeschool Sociale Studies. Zijn aandachtsgebieden zijn jeugd en jongerencultuur, criminaliteit, hulpverlening en ambulante werken.

Johan is te bereiken via [jam.peels@fontys.nl](mailto:jam.peels@fontys.nl).

Jan Steyaert is lector bij Fontys Hogeschool Sociale Studies, bijzonder hoogleraar aan de University of Southampton en docent bij de master Sociaal Werk van de Universiteit Antwerpen. Daarnaast is hij redacteur van de Canon Sociaal Werk. Jan is te bereiken via [j.steyaert@fontys.nl](mailto:j.steyaert@fontys.nl) en zijn publicaties staan op [www.steyaert.org/jan/publicaties/](http://www.steyaert.org/jan/publicaties/).

## Colofon

De bijziendheid van evidence based practice  
Beroepsinnovatie in de sociale sector  
Jan Steyaert, Tineke van den Biggelaar, Johan Peels

ISBN 978 90 8850 145 6  
NUR 741

Foto omslag  
Michel van der Poel, [www.fotoreportagesopmaat.nl](http://www.fotoreportagesopmaat.nl)

Vormgeving omslag en binnenwerk  
Merel van Dam

Uitgever  
Ingrid de Jong

Voor informatie over overige uitgaven van Uitgeverij SWP:  
Postbus 257, 1000 AG Amsterdam  
Telefoon: (020) 330 72 00  
Fax: (020) 330 80 40  
E-mail: [swp@mailswp.com](mailto:swp@mailswp.com)  
Internet: [www.swpbook.com](http://www.swpbook.com)



