

Effectieve en duurzame implementatie in de jeugdzorg

Een literatuurrapportage over belemmerende en bevorderende factoren op implementatie van interventies in de jeugdzorg

December 2008

Karlijn Stals	Stichting Jeugdformaat/Universiteit Utrecht
Tom van Yperen	Nederlands Jeugdinstituut/Universiteit Utrecht
Wouter Reith	Stichting Jeugdformaat
Geert Jan Stams	Universiteit van Amsterdam

Contact:

Universiteit Utrecht | Postbus 80140, 3508 TC Utrecht | 030-2531194 | k.stals@uu.nl

Stichting Jeugdformaat | Postbus 1178, 2280 CD Rijswijk | 070-3512751 | k.stals@jeugdformaat.nl



Inhoud

Samenvatting	3
1. Inleiding	4
2. Methode	6
3. Definiëring van implementatie.....	7
4. Factoren van invloed op implementatie	9
4.1. Uitkomst: effectieve en duurzame implementatie	10
4.2. Doelgroep: professionals in de jeugdzorg.....	11
4.3. Innovatie: werken met effectieve interventies	14
4.4. Context: cultuur en organisaties in de jeugdzorg.....	17
4.5. Samenvatting	20
5. Strategieën: actieve beïnvloeding van verandering.....	21
5.1. Effectiviteit van strategieën	22
5.2. Succesvolle implementatie: de goede 'fit'?	24
5.3. Een planmatige aanpak	28
6. Betekenis voor de jeugdzorg.....	30
6.1. Conclusie: toepasbare kennis	31
6.2. Aanbevelingen: succesvolle implementatie	32
6.3. Beperkingen	33
7. Literatuurlijst	34

Samenvatting

Effectieve en duurzame implementatie van jeugdzorginterventies is een belangrijke schakel om te komen tot effectieve jeugdzorg. Aangezien er geen kennis beschikbaar is over effectieve implementatie van interventies in de jeugdzorg, is er een literatuurstudie verricht naar effectieve implementatie van interventies in de gezondheidszorg, het onderwijs en het bedrijfsleven. Er is gebruik gemaakt van reviews, metastudies en primaire studies die zijn gepubliceerd in (inter)nationale wetenschappelijke tijdschriften, maar ook van rapporten en verslagen van organisatie in Nederland die zich met implementatievraagstukken bezighouden. In dit rapport wordt beschikbare kennis uit onderzoek en theorie toepasbaar gemaakt op de situatie in de jeugdzorg, zodat deze kennis benut kan worden voor een succesvol verloop van implementatietrajecten.

Implementatie wordt gedefinieerd als een proces, waarin de fasen disseminatie, adoptie, invoering en borging zijn verankerd. Een goede afloop van het proces, vraagt om een planmatige aanpak, waarbij belemmerende en bevorderende factoren worden geanalyseerd. Om die analyse goed uit te kunnen voeren, kan gebruik gemaakt worden van het in dit rapport geïntroduceerde implementatiemodel. In het model is aandacht voor de gewenste uitkomst van het implementatieproces: werken zoals bedoeld en verbetering voor de cliënt. In relatie tot die uitkomst staat de beïnvloedende rol van de doelgroep die met de interventie gaat werken, de innovatie zelf en de context waarin de implementatie plaatsvindt. Door de inzet van strategieën is het mogelijk de rol van deze beïnvloedende factoren te versterken of af te zwakken.

Vanuit literatuur is beperkte kennis over de effectiviteit van implementatiestrategieën. Er is geen pasklaar antwoord op de vraag wat goed werkt bij de implementatie van interventies. Wat algemeen aanvaard is, is dat strategieën moeten aansluiten bij belemmerende en bevorderende factoren die meespelen in het betreffende implementatieproces. Dit vraagt om een goede analyse voorafgaand aan de selectie van strategieën. Naast de aansluiting bij de beïnvloedende factoren is het belangrijk dat de strategie aansluit bij de fase van het implementatieproces. Een strategie op maat, waarbij implementatieactiviteiten passen bij de beïnvloedende factoren die na analyse blijken mee te spelen in het implementatieproces en waarbij op verschillende fasen van het proces wordt ingegrepen, zal naar onze verwachting tot succesvolle implementatie leiden. In dit rapport worden aangrijpingspunten voor zo'n strategie op maat geformuleerd. Dit idee moet in de praktijk getoetst en onderzocht worden op daadwerkelijke effectiviteit, zodat kennis over implementatie in de jeugdzorg verder ontwikkeld kan worden.

1. Inleiding

De afgelopen jaren is er veel aandacht uitgegaan naar de kwaliteitsverbetering van de jeugdzorg. Vooral het zichtbaar maken van de effectiviteit is een speerpunt. Men wil graag weten of de hulp die geboden wordt effectief is, wat goede interventies zijn en waarom die werken bij een bepaalde doelgroep. Uit onderzoek weten we inmiddels ook steeds beter wat werkt en wat niet bij bepaalde typen problematiek (o.a. Boendermaker, Van der Veldt & Booy, 2003; Konijn, 2003; Van der Laan, 2004). Met deze kennis groeit de behoefte aan inpassing hiervan in de dagelijkse praktijk van de jeugdzorg. Dat gaat echter niet vanzelf. Het implementeren van wetenschappelijke inzichten in het handelen van de hulpverlener in de praktijk is een complex proces, terwijl het een belangrijke schakel is in het werken met effectieve interventies. Veel studies laten zien dat de implementatie van interventies heel moeizaam verloopt (Grol, 1997; Gezondheidsraad, 2000; Addis & Waltz, 2002; Hays, 2002; Higgitt & Fonagy, 2002; Messer & Wampold, 2002; Konijn, 2003; Woolston, 2005). Nieuwe en op effectiviteit getoetste interventies blijken maar mondjesmaat te worden geaccepteerd en opgenomen in het dagelijkse handelen van de hulpverleners. Dat is problematisch, omdat bekend is dat slecht geïmplementeerde en uitgevoerde interventies beduidend minder effectief zijn of zelfs averechts kunnen werken (Berwick, 2003). Goede implementatie van effectieve interventies is dus belangrijk.

Het belang van implementatie is evident bij interventies die hun effect al bewezen hebben, de 'evidence based' programma's. Men wil graag dat deze interventies op grote schaal ingevoerd worden in de praktijk (Chorpita et al., 2002; Flay et al., 2005), maar ook dat ze getrouw uitgevoerd worden, want alleen dan is de werkzaamheid ervan te garanderen (Black & Holden, 1995). In de dagelijkse praktijk van de jeugdzorg werkt een groot deel van de hulpverleners echter met interventies die (nog) niet op effectiviteit onderzocht zijn (Veerman & Van Yperen, 2006). Ook bij dit type interventie is een goede implementatie van belang. Deze interventies worden in de praktijk ontwikkeld en onderzocht, waardoor vanuit die praktijk 'evidence' verzameld wordt voor de effectiviteit ervan (Margison et al., 2000). Om het effect van de hulp aan de interventie toe te schrijven is het belangrijk dat er eenduidig gewerkt wordt (Dane & Schneider, 1998). Zowel voor de ontwikkeling van een praktijk die door wetenschappelijke kennis gestuurd wordt, de *evidence-based practice*, als voor het verkrijgen van wetenschappelijke kennis uit de praktijk, *practice-based evidence*, is implementatie cruciaal.

Ondanks de grote aandacht voor effectieve hulpverlening en de belangrijke rol van implementatie daarin, is er in de jeugdzorgliteratuur nog maar weinig bekend over dit onderwerp. We weten dat het invoeren van vernieuwingen heel lastig is, vaak langzaam gaat en soms zelfs mislukt. Maar we weten nog niet goed hoe we er voor kunnen zorgen dat die implementatie succesvol gaat verlopen (Konijn, 2003). Vanuit aanverwante disciplines, zoals de gezondheidszorg, management en het onderwijs, is de afgelopen jaren theorie ontwikkeld over bevorderende en belemmerde factoren op succesvolle implementatie en op strategieën die ingrijpen op deze factoren. Toch vertoont de kennis hierover nog veel lacunes en is het nog geen gemeengoed in de sector (ZON, 1998; Wensing & Van der Weijden, 1999).

Uit onderzoek zal bijvoorbeeld moeten blijken welke bevorderende en belemmerende factoren zwaar wegen bij implementatie van vernieuwingen en welke strategieën ingezet kunnen worden om die factoren te beïnvloeden. Of wat de werkzaamheid van specifieke combinaties tussen strategieën en factoren is (Van Yperen, 2003). Ondanks de uitgebreide theorieontwikkeling is er nog maar weinig goed onderzoek voorhanden op het gebied van implementatie. Ten eerste zijn maar weinig onderzoeken opgezet op basis van een theorie, daarnaast blijken er nauwelijks probleemanalyses naar bevorderende en belemmerende factoren plaats te vinden en ten derde wordt de keuze voor een strategie vaak niet onderbouwd of gekoppeld aan die probleemanalyse (Fleuren, Wiefferink & Paulussen, 2002; 2004; 2006). Hoewel er weinig empirisch getoetste kennis is, is het een enorm gemis dat er maar zo weinig gebruik gemaakt wordt van de kennis die wèl beschikbaar is. Een goede inpassing van die kennis vergroot namelijk de kans op succesvolle implementaties in de praktijk en maakt het mogelijk om goed onderzoek te doen naar specifieke factoren, zodat theorievorming verder ontwikkeld kan worden.

In dit rapport willen we de beschikbare kennis ordenen, zodat het toepasbaar is op de implementatie van interventies in de jeugdzorg en benut kan worden voor een succesvolle afloop daarvan. Daartoe definiëren we in hoofdstuk 3 eerst wat we precies met implementatie bedoelen. Deze theoretische onderbouwing vormt uitgangspunt voor hoe we tegen de invoering van vernieuwingen aankijken. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 aan de hand van een overzichtelijk model uitgewerkt welke factoren in de literatuur naar voren komen als belemmerend of bevorderend op een goede implementatie en we koppelen dit aan de jeugdzorg. In hoofdstuk 5 wordt aandacht besteed aan hoe die verschillende factoren actief en effectief te beïnvloeden zijn met behulp van implementatiestrategieën. Tot slot wordt in hoofdstuk 6 samengevat wat dit allemaal betekent voor implementatie van interventies in de jeugdzorg en worden aanbevelingen gedaan.

2. Methode

Om de beschikbare kennis over implementatie in de jeugdzorg en aanverwante disciplines te ontsluiten, is gebruik gemaakt van databases zoals PsychInfo, Medline, Eric, Ebsco, Google Scholar en Picarta. In eerste instantie is een aantal boeken bestudeerd en is er vooral gezocht naar recente overzichtstudies, vanaf 2000 tot 2008, om de veelgebruikte theorieën en uitgangspunten in beeld te krijgen. Vervolgens is er gezocht naar relevante literatuur in de referenties van de gevonden artikelen en boeken. Zo is met behulp van de sneeuwbalmethode gezocht. Wanneer de gevonden literatuur vragen oproep of een belangrijk thema onvoldoende aan de orde kwam, is op dat specifieke onderwerp verder gezocht met behulp van de databases en referentielijsten.

Opbrengst

De zoekacties hebben honderden artikelen over implementatie en aanverwante thema's opgeleverd, waarvan de samenvattingen allemaal gelezen zijn. Ongeveer tweehonderd artikelen en boeken zijn bestudeerd en gebruikt om een overzicht te krijgen van de stand van kennis over implementatie en -strategieën. In dit rapport wordt naar een vijftigtal daarvan verwezen.

Gebruikte zoektermen

Onderstaande termen zijn in verschillende combinaties met elkaar gebruikt. In eerste instantie is vooral naar recente reviews gezocht, vanaf het jaar 2000. Later is ook naar minder recente literatuur gezocht, omdat uit de referenties van recente artikelen bleek dat de kennis uit oudere literatuur nog steeds bruikbaar is. Er is zo veel mogelijk gezocht op het gebied van sociale wetenschappen en gezondheidszorg. Dit is geen uitputtende lijst en de termen zijn zowel afzonderlijk als in combinatie met elkaar gebruikt.

Nederlandse zoektermen

- implementatie
- disseminatie
- adoptie
- innovatie
- verandering
- verandering in organisaties
- implementatiestrategieën
- diffusie van innovaties
- gezondheidszorg
- sociale sector
- jeugdsector
- onderwijskunde / volwasseneneducatie
- kennismanagement
- invoeren van vernieuwingen
- belemmeringen
- bevorderende factoren
- effectiviteit
- effectieve strategieën

Engelse zoektermen

- implementation
- dissemination
- adoption
- innovation
- change
- organisational change
- implementation strategies
- diffusion of innovations
- health care
- social care
- youth care
- adult learning
- research utilisation
- evidence into practice
- barriers to change
- successful implementation
- effectiveness
- effective interventions to change

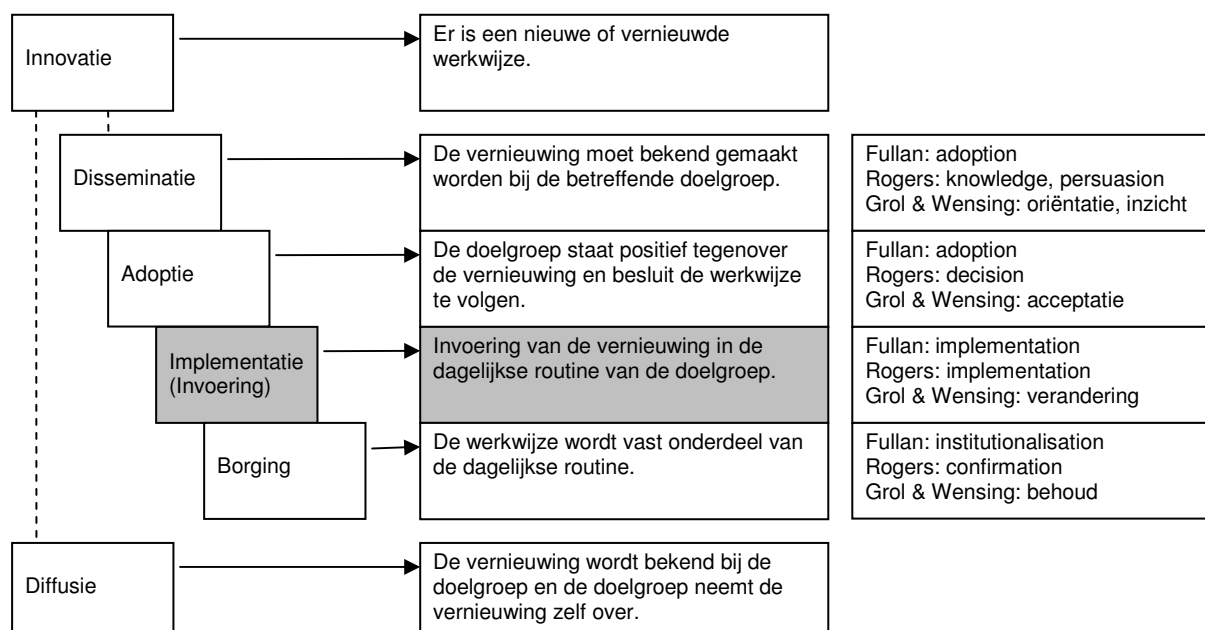
3. Definiëring van implementatie

De term implementatie wordt vaak gebruikt om het invoeren van vernieuwingen of veranderingen aan te duiden. In de literatuur wordt echter gebruik gemaakt van veel meer termen om diezelfde invoering te benoemen, zoals diffusie, zorgvernieuwing of innovatie, al dan niet afhankelijk van het onderwerp of de context van verbetering (Grol & Wensing, 2006). De verscheidenheid aan termen en de onderlinge verbondenheid maken het ingewikkeld om te bepalen wat implementatie precies inhoudt. In dit hoofdstuk maken we duidelijk wat er in dit rapport met implementatie bedoeld wordt.

Diffusie van innovaties

De landbouwkundige Rogers beschreef al in de jaren zestig het proces van de diffusie van innovaties, waarin hij aangeeft welke belangrijke variabelen er meespelen bij de verspreiding van vernieuwingen. Zijn theorie vormt nog steeds uitgangspunt voor hoe wetenschappers in allerlei disciplines tegen de verspreiding van vernieuwingen aankijken (Goldman, 2003). Rogers maakte inzichtelijk dat deze verspreiding een ingewikkelde zaak is. De meest fantastische uitvindingen kunnen soms jarenlang niet opgemerkt of gebruikt worden, terwijl het nut ervan toch overduidelijk is. Om dit proces van de verspreiding van innovaties beter te begrijpen, worden er verschillende fasen onderscheiden (o.a. Fullan, 1992; Rogers, 1995; Grol & Wensing, 2006).

De termen diffusie, disseminatie, adoptie, implementatie en borging worden vaak gebruikt in de literatuur over implementatie. We gebruiken ze ook in dit rapport om de verschillende fasen in een innovatieproces zichtbaar te maken. Het is verwarrend dat deze termen in de literatuur zowel naast elkaar - als afzonderlijke begrippen met een eigen betekenis - als door elkaar - als begrippen met eenzelfde betekenis - gebruikt worden. Davis en Taylor-Vaisley (1997) geven een duidelijke definiëring van de begrippen, waardoor de verschillen helder worden en de termen gezamenlijk het proces van invoeren van een vernieuwing beschrijven. In figuur 3.1 staan de fasen en definities schematisch weergegeven, met alternatieve benamingen van andere auteurs.



Figuur 3.1 Fasen in een innovatieproces, definities en alternatieve benamingen (Davis & Taylor-Vaisley, 1997; Fullan, 1992; Rogers, 1995; Grol & Wensing, 2006)

Van passief naar actief

De verschillende fasen vormen achtereenvolgens een logische weg van het ontstaan van een vernieuwing naar daadwerkelijke toepassing in de praktijk. Alhoewel de begrippen afzonderlijk te omschrijven zijn, is dat meer een theoretische scheiding dan een reële. De verschillende fasen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. In de gezondheidszorgliteratuur wordt implementatie gedefinieerd als 'een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en/of verbeteringen met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het beroepsmatig handelen, in het functioneren van de organisatie of in de structuur van de zorg' (Hulscher, Wensing & Grol, 2000; Grol & Wensing, 2006). Uit deze definitie blijkt de verbondenheid tussen de begrippen; implementatie is meer dan alleen invoering. Een 'procesmatige en planmatige invoering' vraagt disseminatie van een vernieuwing en adoptie door gebruikers. De 'structurele plaats in het beroepsmatig handelen' kan alleen verkregen worden als er sprake is van een goede borging van de vernieuwing. Onder implementatie verstaan we in dit rapport dan ook het gehele proces van verspreiden, adopteren, invoeren en borgen van een vernieuwing, naar de definitie van Hulscher, Wensing en Grol (2000). Om verwarring te voorkomen, spreken we in dit rapport over invoering wanneer alleen de fase implementatie bedoeld wordt als stap in het gehele implementatieproces.

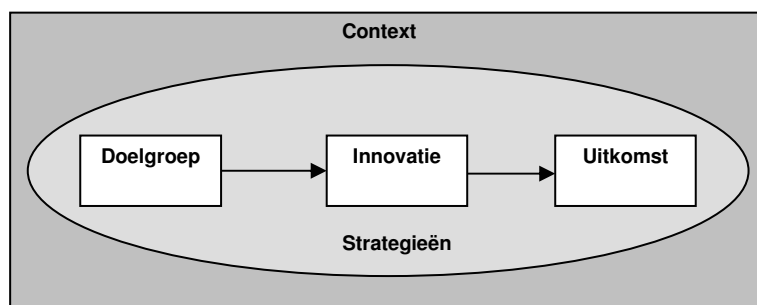
Het onderscheiden van de verschillende fasen geeft inzicht in het innovatieproces. Maar dit onderscheid wil niet automatisch zeggen dat die fasen allemaal doorlopen worden of altijd in dezelfde volgorde. Wachten tot ze elkaar opvolgen, op diffusie, is een erg passief uitgangspunt en de kans is reëel dat het dan jaren duurt voordat een vernieuwing geïmplementeerd is. Er is steeds meer behoefte gekomen aan het actief beïnvloeden en versnellen van het proces, daarvoor zijn grofweg twee verschillende benaderingen te onderscheiden (Hulscher, 2000; Grol & Wensing, 2006): het lineair-rationele model (Kitson, Harvey & McCormack, 1998) en het participatiemodel (Van Woerkom, 1998). *Het rationele model* ziet implementatie als een lineair proces met een duidelijk startpunt. Beïnvloeding van het proces vindt plaats van boven- of buitenaf en wordt geïnitieerd door nieuwe inzichten of werkwijzen waarvan de verspreiding wenselijk wordt gevonden, vaak nieuwe wetenschappelijke inzichten of uitvindingen. Er is verticale interactiviteit, met actoren op verschillende posities in een hiërarchisch netwerk. *Het participatiemodel* neemt de behoeften en ervaringen uit de praktijk als uitgangspunt voor innovaties. Beïnvloeding van het proces vindt plaats van binnenuit, er is sprake van horizontale interactiviteit. Fasen van ontwikkeling, testen, verspreiden en invoeren van een innovatie lopen dynamisch door elkaar heen. Voor het actief beïnvloeden van implementatie zijn elementen van beide modellen te benutten en is combinatie mogelijk (Van Woerkom, 1998; Grol & Wensing, 2006), beïnvloeding is dus zowel van buitenaf als van binnenuit mogelijk.

Samengevat duidt implementatie een proces aan, dat meer inhoudt dan uitsluitend de invoering van een vernieuwing. Dit proces omvat de fasen disseminatie, adoptie, invoering en borging en die fasen kunnen zowel lineair als dynamisch verlopen. Inzicht in het proces van implementatie biedt de mogelijkheid tot actieve beïnvloeding, van buitenaf of van binnenuit. Daar is behoefte aan, omdat de verspreiding van vernieuwingen niet altijd automatisch en vaak te langzaam verloopt. In het volgende hoofdstuk worden factoren besproken, die van invloed zijn op het proces van implementatie. Deze factoren vormen aanwijzingen voor het actief beïnvloeden van het implementatieproces.

4. Factoren van invloed op implementatie

Om een implementatieproces actief te beïnvloeden, is het noodzakelijk om inzichtelijk te maken welke factoren een rol spelen in dat proces. De hoeveelheid factoren is enorm, Fleuren, Wiefferink & Paulussen (2002) onderscheiden er vijftig in een uitgebreide literatuurreview en aanvullende Delphi studie. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen belemmerende of bevorderende factoren en op welk gebied deze factoren ingrijpen. In theorieën over implementatie worden er grofweg drie belangrijke categorieën beschreven (Rogers, 1995; Gladwell, 2000, Fleuren et al., 2002; Berwick, 2003; Graczyk, Domitrovich, Small & Zins, 2006). Ten eerste een categorie van factoren die te maken heeft met de innovatie zelf. Ten tweede met de toekomstige gebruikers, oftewel de doelgroep. Tot slot wordt de context, de omgeving waarin de implementatie plaatsvindt, onderscheiden. Naast deze drie categorieën van beïnvloedende factoren is er nog een belangrijk onderdeel van invloed op het implementatieproces, de strategie die gehanteerd wordt. Een strategie is een concrete activiteit, zoals het informeren of trainen van medewerkers. Zo'n strategie moet afgestemd worden op beïnvloedende factoren vanuit de innovatie, de doelgroep en de context (Fleuren et al., 2002)

Voor de jeugdzorg is geen specifieke implementatietheorie voorhanden, maar de factoren doelgroep, innovatie en context zijn ook voor het werkveld van de jeugdzorg herkenbaar. Het zorgevaluatiemodel van Veerman (2007) onderscheidt de inhoud van het zorgaanbod, dat geplaatst kan worden in een dubbele context. Dit model leent zich voor specificeren en evalueren van het zorgaanbod in de jeugdzorg, maar ook van implementatieprocessen in hetzelfde werkveld. We hebben het model in dit rapport vrij vertaald in een implementatiemodel voor de Jeugdzorg.



Figuur 4.1 Implementatiemodel, vrij naar zorgevaluatiemodel van Veerman (2007)

Het doel van een implementatieproces is het bereiken van de beoogde *uitkomst*, zoals verbetering of vernieuwing. Om die uitkomst te bereiken moet de *innovatie*, door een bepaalde *doelgroep* geadopteerd, ingevoerd en geborgd worden. Dit alles gebeurt in een *context* van bijvoorbeeld de organisatie of het hele jeugdzorgveld. Om het proces van implementatie te versnellen, wordt gebruik gemaakt van *strategieën* die aangrijpen op belemmerende en bevorderende factoren.

Kortom: Het proces van implementeren van een innovatie bij een bepaalde doelgroep met het oog op een bepaalde uitkomst vindt plaats in een context en is te beïnvloeden aan de hand van strategieën.

In de volgende paragraaf concretiseren we de uitkomst van een implementatieproces in de jeugdzorg. Daarna wordt aandacht besteed aan hoe de factoren doelgroep, innovatie en context van invloed zijn op implementatieprocessen in de jeugdzorg. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een samenvatting, waarna we in het volgende hoofdstuk ingaan op de inzet van strategieën.

4.1. Uitkomst: effectieve en duurzame implementatie

Er is in principe sprake van een geslaagd implementatieproces als een innovatie overgenomen wordt door de beoogde doelgroep. Bij het implementeren van interventies in de jeugdzorg is dit het geval wanneer een groep hulpverleners volgens de beschrijving werkt. Maar dat een interventie getrouw uitgevoerd wordt, wil nog niet zeggen dat dit ook de gewenste uitkomst tot gevolg heeft, namelijk goede hulp aan kinderen, jongeren en hun gezin.

Effectieve implementatie

De inzet van interventies in de jeugdzorg is in de eerste plaats gericht op het bieden van goede hulp. Dit is dus de gewenste uitkomst van een implementatieproces. De verwachting is dat effectieve hulp bereikt wordt met het uitvoeren van een goede interventie. Implementatie van interventies is daarom zowel gericht op het getrouw uitvoeren van een methodiek als op de resultaten die bij de cliënten geboekt worden. Wanneer een interventie na invoering uitgevoerd wordt zoals bedoeld, noemen we dit *implementatie in enge zin*. Als een interventie uitgevoerd wordt zoals bedoeld en dat levert de beoogde verbetering van resultaten voor de cliënten op, dan spreken we *van implementatie in brede zin*. Die verbeterde resultaten kunnen zijn dat cliënten de hulp afsluiten met minder problemen, maar ook dat er bij een kortere behandelduur gelijke resultaten behaald worden. Om te kunnen vaststellen of er sprake is van effectieve implementatie (in brede zin) is het dus nodig om op twee niveau's uitkomsten zichtbaar te maken (Black & Holden, 1995; Fixsen, Naoom, Blase, Friedman & Wallace, 2005). Enerzijds op de uitvoering door professionals, anderzijds op de resultaten van de hulp.

Duurzame implementatie

Een implementatieproces is pas echt geslaagd als de invoering van de innovatie ook duurzaam blijkt te zijn. Volgens de definitie moet de vernieuwing: '*een structurele plaats krijgen*' (Hulscher, Wensing & Grol, 2000). Er is nog niet veel bewijs over factoren die de duurzaamheid verzekeren, na implementatie in de praktijk (Flay et al., 2005), maar er zijn wel aanwijzingen dat het monitoren van resultaten en het benutten ervan bijdragen aan duurzame verandering (Moulding, Silagy & Weller, 1999; Van Yperen & Veerman, 2008). Door middel van onderzoek kan duidelijk worden waar het hulpverleningsproces goed en minder verloopt. Deze bevindingen vormen uitgangspunt voor het verbeteren of vernieuwen van het hulpaanbod. Resultaten van het ene verbeteringstraject geven weer input voor nieuwe verbeteringen, zo ontstaat een lerende organisatie (Van Yperen & Veerman, 2008). Door prestaties van professionals en instellingen zichtbaar te maken en te vergelijken, ontstaat interne en externe druk om tot verbetering te komen (Van Yperen, 2003). Met duurzame implementatie bedoelen we dus niet het rigide vasthouden aan een werkwijze, maar vasthouden wat goed werkt en ontwikkelen wat beter kan.

Kortom, de gewenste uitkomst van de implementatie van interventies in de jeugdzorg is goede hulp aan jeugdigen. Dit wordt bereikt met goede interventies. In enge zin verstaan we onder effectieve implementatie dat de interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld. In brede zin willen we ook een beoogde verbetering van de resultaten van de hulp terugzien. Daarnaast is het de bedoeling die effectieve implementatie duurzaam te borgen in de organisatie. Dit kan bereikt worden door resultaten te benutten, zodat er continue praktijkontwikkeling plaatsvindt in een lerende organisatie.

4.2. Doelgroep: professionals in de jeugdzorg

Goede hulp aan jeugdigen is de gewenste uitkomst van het invoeren van interventies in de jeugdzorg. De hulpverleners die de interventie uitvoeren zijn in dat geval de doelgroep. Een groot deel van die hulpverleners zijn professionals in een sociaal-agogisch beroep. Zij houden zich beroepsmatig bezig met het opvoeden van kinderen en jongeren in alle ontwikkelingsfasen in relatie met hun omgeving (Vlaar, Van Hattem, Van Dam & Broeken, 2006). Deze professionals werken vaak autonoom en er is veel discretionaire ruimte in hun handelen, de ruimte die zij hebben om binnen de bestaande kaders ieder geval individueel te benaderen. Zij werken elke dag in een spanningsveld van enerzijds cliënten met een hulpvraag en anderzijds een context van wet- en regelgeving die niet op individuele cliënten, maar op de gehele samenleving van toepassing is (zie o.a. Lipsky, 1980). De kunst is om binnen de kaders aan te blijven sluiten bij de hulpvraag van specifieke cliënten. Om professionals daarin te ondersteunen, worden interventies omschreven voor groepen van cliënten, waarin ook de rol van de professional omschreven staat. Elke professional maakt echter impliciet of expliciet de beslissing om wel of niet op die manier te werken. Die beslissing kan gestuurd worden door de hulpvraag van de cliënt, maar ook door kenmerken van de professional als individu of als lid van een groep. Het invoeren van een interventie, een implementatieproces, vraagt gedragsverandering van professionals.

Professional als individu

Wanneer professionals gevraagd wordt om anders te gaan werken dan zij gewend zijn, moeten zij daarvoor zoals gezegd verschillende fasen van het implementatieproces doorlopen. De innovatie moet bekend raken bij de doelgroep (disseminatie), de innovatie moet door de doelgroep geadopteerd worden en tot slot duurzaam gebruikt worden (invoering en borging). Dit betekent dat een professional moet *weten* dat er een vernieuwde werkwijze is en deze moet *willen* en *kunnen* gebruiken.

Belemmeringen in het proces treden op wanneer er barrières zijn in dit weten, willen en kunnen.

Zoals we het implementatieproces omschrijven aan de hand van de fasen innovatie, disseminatie, adoptie, invoering en borging, is het proces van gedragsverandering bij individuele professionals te omschrijven aan de hand van de vijf stadia van gedragsverandering uit het transtheoretische model van Prochaska en DiClemente (1983).

- *Voorbeschouwende fase (precontemplatie)* – Een professional die zich in deze fase bevindt, is zich nog niet bewust van de mogelijkheid tot veranderen. Het kan zijn dat professionals niet *weten* dat er een vernieuwing is (Cabana et al., 1999), of wellicht weten zij niet precies wat de vernieuwing inhoudt of per wanneer ze er mee zouden moeten werken. De innovatie is er wel, maar de professional is zich er nog niet bewust van.
- *Overpeinzingsfase (contemplatie)* – In de tweede fase vindt bewustwording plaats van de innovatie/verandering, maar er is nog niet besloten om het ook te gaan doen. Er heeft disseminatie van de vernieuwing plaatsgevonden, maar de vernieuwing moet nog geadopteerd worden. Het *weten* is aanwezig, het *willen* ontbreekt, bijvoorbeeld omdat professionals het niet eens zijn met de innovatie, omdat ze geen vertrouwen hebben dat de innovatie een verbetering brengt, of (nog) niet bereid zijn oud gedrag los te laten (Cabana et al., 1999).

- *Vorbereidingsfase* – In de derde fase ontwikkelt men de wil om te veranderen, maar gaat men nog niet tot verandering over. Een vernieuwing is geadopteerd, maar nog niet ingevoerd. Het is mogelijk dat de professionals niet *kunnen* werken met de vernieuwing. Een gebrek aan vaardigheden om er mee te werken kan dat bijvoorbeeld veroorzaken, of onvoldoende zelfvertrouwen bij de professional (Cabana et al., 1999).
- *Actiefase* – In deze fase zien individuen de meerwaarde van verandering en brengen dit ook ten uitvoer: ze *weten*, *willen* en *kunnen* veranderen. De daadwerkelijke invoering van de verandering vindt in deze fase plaats.
- *Fase van gedragsbehoud* – In de laatste fase is het zaak om het gedrag vast te houden, te borgen. Het gedrag wordt onderdeel van de dagelijkse routine van de professional.
- *Terugval* – In elk stadium kan *terugval* naar een eerder stadium plaatsvinden, waardoor sommige stadia meerdere malen doorlopen worden. Wanneer belemmeringen in een bepaalde fase optreden, is het goed mogelijk dat

Professionals die zich in de actiefase bevinden, zullen sneller overgaan tot verandering, terwijl er bij professionals in de voorbeschouwingsfase wellicht nog meer voor nodig is. Bij het selecteren van implementatiestrategieën kan hiermee rekening gehouden worden, daar komen we later op terug. Vaak gaat het bij de implementatie van een interventie in de jeugdzorg echter niet alleen om individuen, die gedrag moeten veranderen, maar om groepen professionals, zoals een team. Het is dan erg omvangrijk en complex om strategieën aan te passen op elk individu afzonderlijk. De samenstelling van een groep kan echter ook aanwijzingen geven voor het selecteren van strategieën.

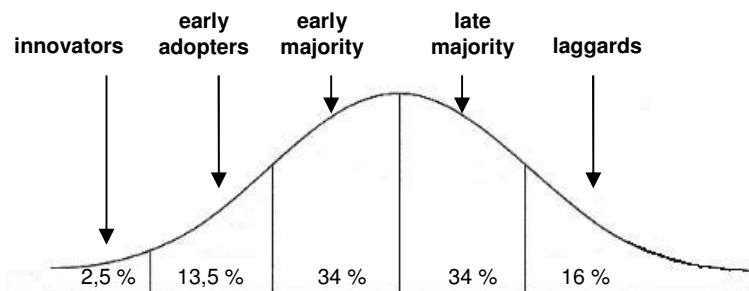
Professionals als groep

Een groep is in eerste instantie een verzameling van individuen, waarin vijf typen te onderscheiden: innovators, early adopters, early majority, late majority en laggards (Rogers, 1995; Berwick, 2003).

- *Innovators* zijn personen die risico's niet uit de weg gaan, gefascineerd raken van vernieuwingen en gewillig zijn om te leren. Ze vertegenwoordigen niet de mening van de grote groep, soms zijn ze er juist een beetje los van en met een eigen specifiek onderwerp bezig.
- De *early adopters* zijn de echte 'opinie leiders', ze worden bekeken door andere leden van de groep, het zijn officieuze leiders. Ze zijn sociaal betrokken bij de groep, geïnteresseerd in elkaar en de innovators. Ze proberen nieuwe dingen uit en vertellen erover. Deze opinie leiders blijken uit onderzoek onmisbaar in implementatieprocessen, vanwege hun invloed op andere leden van de groep.
- De *early majority*, de derde groep, leert vooral van mensen die ze goed kennen. Ze vertrouwen minder op wetenschap of theorie voordat ze iets nieuws uitproberen. Ze zijn vooral benieuwd naar vernieuwingen die direct van invloed zijn op hun behoeften of werkpraktijk.
- De *late majority* is de volgende type, zij nemen een vernieuwing over als het eigenlijk al de nieuwe manier van werken is. Ze wachten dus op lokaal bewijs, in gedrag van hun collega's.
- De *laggards* zijn de laatste groep, traditionele mensen die liever doen zoals het altijd was dan iets nieuws uitproberen, ze zijn behoudender dan de overige typen.

Als we de typen van Rogers naast de stadia van gedragsverandering volgens Prochaska en DiClemente zetten, lijken innovators en early adopters sneller in de actiefase terecht te komen en minder tijd nodig te hebben voor de fasen die daaraan voorafgaan. De early majority heeft meer tijd nodig voor overpeinzing en voorbereiding en laat zich daar graag bij helpen door naar anderen te kijken die sneller zijn. De late majority gaat pas over tot actie als het al heel gewoon is en de laggards komen helemaal moeilijk tot actie. Deze twee laatste groepen zijn echter wel sterk in de borging van een verandering wanneer deze eenmaal doorgevoerd is, terwijl innovators en early adopters wellicht sneller weer op zoek gaan naar iets nieuws.

Het blijkt uit onderzoek dat de samenstelling van de typen in een groep bepalend is voor de snelheid van verandering. Bij een succesvolle verspreiding van vernieuwingen lijken de typen een normaalverdeling te vormen (Rogers, 1995, zie ook figuur 4.2). Er zijn dan voldoende innovators en early adopters aanwezig om een vernieuwing aan te jagen. De opinie leiders uit de groep van early adopters hebben een belangrijke rol in het motiveren en activeren van de early majority. Als zij overtuigd zijn, nemen ze de late majority en uiteindelijk zelfs de laggards mee in de vernieuwingsslag. Rogers merkt daarbij op, dat dit alleen geldt voor succesvolle verspreiding van vernieuwingen. Een andere uitkomst is dat na de eerste enthousiastelingen, de grote groep afhaakt en de vernieuwing een vroege dood sterft.



Figuur 4.2 Categorieën van typen personen naar snelheid van adoptie, naar Rogers (1995)

De vraag is of er bij implementatie van interventies in de Jeugdzorg ook sprake is van zo'n normale verdeling, of dat deze anders verdeeld is en welke invloed dit dan heeft op het implementatieproces. Een mogelijke verklaring voor moeizame implementatieprocessen zou kunnen zijn dat er weinig innovators en early adopters zijn tussen de uitvoerende professionals in de jeugdzorg en dat vernieuwingen daardoor moeilijk op gang komen. Een andere mogelijkheid is dat de opinie leiders er wel zijn, maar dat deze onvoldoende ruimte krijgen om aansluiting te vinden bij de grotere groep. Of misschien worden veranderingen wel te vaak of te snel ingezet door innovators en early adopters en leidt dat tot een middengroep die afwacht in plaats van meegaat. De early majority laat zich dan niet leiden door opinie leiders en trekt dan ook de late majority en laggards niet mee.

Samengevat is de doelgroep een belangrijke schakel in het implementatieproces. Professionals in de jeugdzorg bepalen uiteindelijk of een verandering wel of niet overgenomen wordt. Daarvoor is het nodig dat men weet wat de verandering inhoudt en dat men wil en kan veranderen. Het transtheoretisch model van Prochaska en DiClemente en de indeling naar de typen van Rogers biedt inzicht in de bereidheid tot verandering van professionals, zowel individueel als in een groep. Het implementatieproces zal sneller verlopen wanneer individuen snel in de actiefase terecht komen en er voldoende ruimte is voor de invloed van opinie leiders in een groep.

4.3. Innovatie: werken met effectieve interventies

Bij het invoeren van een interventie in de jeugdzorg, vormt deze interventie de 'innovatie', welke met behulp van een implementatieproces tot verbetering moet leiden. Interventie is hier een verzamelnaam voor methodieken, programma's, trainingen, protocollen, richtlijnen etc. Door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) wordt een interventie gedefinieerd als een aanpak die gericht is op de vermindering, de compensatie of het draaglijk maken van een risico of een probleem in de ontwikkeling van een jeugdige dat een gezonde, evenwichtige uitgroei tot volwassenheid (mogelijk) belemmert (<http://www.nji.nl>). Idealiter komen wetenschappelijke kennis en praktijkkennis samen in zo'n interventie, zodat het theoretisch onderbouwd en praktisch uitvoerbaar is. Er is steeds meer draagvlak om alleen nog te werken met effectieve interventies (Van Yperen & Veerman, 2008).

Implementatie in enge zin

In de praktijk van de jeugdzorg is nog maar een fractie van de beschikbare interventies onderzocht op effectiviteit (schatting is vijf procent, Van Yperen & Veerman, 2008). Het is dus hard nodig meer kennis te verkrijgen over de effectiviteit van de jeugdzorg. Daar zijn twee manieren voor: enerzijds het top-down implementeren van interventies die hun effect in onderzoek hebben bewezen, om de werkzaamheid in de praktijk te toetsen, anderzijds het bottom-up onderzoeken van de effectiviteit van interventies die reeds in de praktijk worden gebruikt (Barkham & Mellor-Clark, 2003; Van Yperen & Veerman, 2008). In beide gevallen is goede implementatie, met name in enge zin, erg belangrijk.

In de wetenschappelijke literatuur over effectonderzoek raadt men aan eerst op kleine schaal experimenteel interventies te onderzoeken en deze pas bij gebleken effectiviteit breed te implementeren in de praktijk (Chorpita et al., 2002). Wanneer de interventie uitgevoerd wordt zoals bedoeld (implementatie in enge zin), mag gezien het experimentele onderzoek een verbetering voor de cliënt worden verwacht. Wetenschappelijke inzichten sturen de praktijk van buitenaf aan op wat de beste aanpak is en zo ontstaat een *evidence-based practice*. De tweede mogelijkheid is dat er in de praktijk onderzoek plaatsvindt naar interventies die reeds uitgevoerd worden (Chorpita, Daleiden & Weisz, 2005; Margison et al., 2000). Zo wordt er in de praktijk van binnenuit bewijs verzameld voor de effectiviteit van interventies, *practice-based evidence*. Het eerste niveau in praktijkgestuurd effectonderzoek is het omschrijven van de interventie. In die omschrijving staat onder andere een theoretische onderbouwing van de interventie, waaruit blijkt waarom deze effectief zou zijn. Verder is de aanpak gespecificeerd, zodat elke betrokken professional weet wat zijn rol is. Om zo'n interventies op volgende niveau's te onderzoeken op werkelijke effectiviteit, is het nodig dat die aanpak getrouw uitgevoerd wordt (implementatie in enge zin).

Op welke manier in de praktijk van een jeugdzorginstelling ook gekozen wordt voor het werken met effectieve interventies, zowel voor de ontwikkeling van *evidence-based practice* als voor die van *practice-based evidence*, is het getrouw uitvoeren van de interventie, oftewel de implementatie in enge zin van belang. In het vorige hoofdstuk hebben we stilgestaan bij de rol van de professional in het gebruik van interventies. Er zijn kenmerken van die professional die bijdragen aan het wel of niet getrouw uitvoeren van de interventie. Er zijn echter ook kenmerken van de innovatie zelf, die invloed hebben op de doelgroep en zo indirect de implementatie bevorderen of belemmeren.

Kenmerken van de innovatie

De manier waarop de doelgroep tegenover de innovatie staat blijkt een van de belangrijkste factoren in het overnemen van een vernieuwing. Dit is een beïnvloedende factor die betrekking heeft op zowel de doelgroep als op de innovatie. In het voorafgaande zijn er typen veranderaars besproken, die sneller of langzamer geneigd zijn mee te gaan in een verandering. Er zijn ook kenmerken van de innovatie die deze snelheid beïnvloeden (Rogers, 1995; Berwick, 2003; Van Yperen, 2003).

- *Het verwachte voordeel van de verandering* – Individuen zijn eerder geneigd een innovatie te adopteren, wanneer ze denken dat het ze kan helpen. In geval van een interventie in de jeugdzorg zal deze sneller overgenomen worden als men verwacht er cliënten beter mee te kunnen helpen of wanneer het antwoord biedt op handelingsverlegenheid.
- *Passend bij de waarden, beliefs, geschiedenis en huidige behoeften van de gebruiker* – Wanneer een professional gelooft in de werkzaamheid van een interventie en deze aansluit bij hoe diegene al werkt, zal het makkelijker zijn de werkwijze over te nemen.
- *De mate van complexiteit van een vernieuwing* – Over het algemeen verspreiden simpele vernieuwingen zich sneller dan ingewikkelde. Een interventie moet bijvoorbeeld goed omschreven zijn en gericht op degene die er mee moeten werken (Fixsen et al., 2005), zodat direct duidelijk is wat de bedoeling is.
- *Of een vernieuwing uit te proberen is* – op kleine schaal, voordat definitieve doorvoer plaatsvindt. Professionals zullen sneller geneigd zijn een interventie te gaan gebruiken als zij deze, of onderdelen ervan, bij een aantal cliënten of in een proefsituatie kunnen uitproberen.
- *Observeerbaarheid bij anderen* – Dit is het geval wanneer bij collega's te zien is dat de interventie gebruikt wordt en zo zichtbaar wordt wat de voor- en nadelen ervan zijn.

Veranderingen worden in het algemeen sneller opgepakt wanneer ze: voordeel hebben, compatibel zijn, simpel zijn, uit te proberen zijn en te observeren zijn.

Aanpassing

Bovenstaande kenmerken zijn belangrijk voor de potentiële gebruiker, maar een interventie voldoet er niet altijd aan. Dit kan een reden zijn om de interventie iets aan te passen, alvorens deze echt in te gaan voeren. Vaak vindt gedurende het implementatieproces een bepaalde mate van aanpassing plaats, meestal in de fase van werkelijke invoering. Dit wordt ook wel *'re-invention'*, het opnieuw uitvinden, van een innovatie genoemd (Rogers, 1995). Dit ontstaat bijvoorbeeld wanneer een interventie te complex is en deze door gebruikers versimpeld wordt. Wat ook voorkomt, is dat een interventie bewust iets aangepast wordt, zodat het een 'eigen product' wordt en daarom beter aansluit bij de waarden en beliefs van de gebruikers. Dit stuk eigenaarschap over een vernieuwing blijkt de weerstand tegen implementatie te verminderen (Fleuren et al., 2002; Van Yperen & Bakker, 2008). Een tweede reden om een interventie iets aan te passen, is dat deze aan moet kunnen sluiten bij elke individuele cliënt. Een interventie is geschreven op een groep cliënten, waarbij er altijd cliënten zullen zijn voor wie de standaard werkwijze niet de beste is. Professionals zullen bij elke cliënt de afweging moeten maken of de interventie voldoende aansluit of op onderdelen anders uitgevoerd moet worden. Door ruimte te geven voor aanpassing past een interventie beter bij deze discretionaire bevoegdheid dan een interventie die van begin tot eind gespecificeerd is. Tegelijkertijd zullen professionals er in elk geval zorg voor moeten dragen dat dit niet ten koste gaat van de werkzaamheid van de interventie.

Dit alles is goed toe te passen op interventies in de jeugdzorg: werken volgens de interventie moet een voordeel opleveren voor de professional; de omschrijving moet aansluiten bij de uitvoerder zijn waarden en behoeften; de interventie moet niet complex zijn, maar simpel omschreven; er moet een mogelijkheid zijn om het op kleine schaal uit te proberen en tot slot moet observeerbaar zijn bij anderen of de interventie inderdaad tot de gewenste uitkomsten leidt. Daar komt dan nog bij dat de interventie ruimte moet geven aan (verantwoorde) aanpassing naar de eigen invulling van de professional. Als een interventie aan al deze punten voldoet, lijkt de kans groter dat professionals de interventie uitvoeren zoals bedoeld en daarmee wordt de kans op de beoogde uitkomst, effectieve hulp, vergroot.

4.4. Context: cultuur en organisaties in de jeugdzorg

De context waarin een implementatieproces plaatsvindt, speelt naar verwachting een belangrijke rol in de uitkomst die behaald wordt. De context is als het ware de ondergrond waarop het gehele implementatieproces plaatsvindt en er gaan belemmerende en bevorderende factoren vanuit die invloed hebben op zowel de doelgroep, de innovatie als de uitkomst van het proces. Het is belangrijk om die factoren inzichtelijk te maken en er rekening mee te houden in het implementatieproces, ook al lijken ze op het eerste gezicht niet zo direct te beïnvloeden als factoren van de doelgroep of de innovatie. De context is een breed begrip, in deze paragraaf werken we de context uit op twee niveau's: de rol van de cultuur in de jeugdzorg en de rol van organisaties in de jeugdzorg.

Cultuur in de jeugdzorg

De jeugdzorg staat volop in de maatschappelijke belangstelling (Groen, Ooms & Loeffen, 2005). In positieve zin wordt het belang van de opvoeding erkend door het opnemen van het recht op jeugdzorg in de nieuwe wet en door de aandacht die uitgaat naar jeugd en gezin. In negatieve zin is er veel aandacht uitgegaan naar een aantal incidenten, welke tot veel onrust in de maatschappij en bij professionals in het veld hebben geleid. Verbetering en ontwikkeling van de jeugdzorg staat hoog op de agenda. Maar het is een werkveld waarin verschillende groepen participeren: politici, bestuurders, professionals en cliënten. Het is daardoor een werkveld waar spanningen ontstaan tussen het institutionele regime van de sector, de oriëntatie van organisaties en professionals en de vraag van cliënten (Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 2004). De hiërarchische organisatie en aansturing vanuit de (lokale) overheid staat bijvoorbeeld op gespannen voet met de autonomie van professionals. Wetten en regelgeving beogen de werkwijze van professionals te reguleren en uniformiseren, terwijl zij vanuit hun diversiteit aan opleiding en ervaring verschillende ideeën hebben over hoe ze hun werk het best kunnen doen. Er is veel politieke druk op snelle oplossingen, terwijl sommige verbeteringen op lange termijn oplossingen vragen. Bureaucratie is een groot probleem en moet worden teruggedrongen, terwijl tegelijkertijd het belang van onderzoek en verantwoording steeds duidelijker wordt, voor zowel politici en bestuurders als professionals en cliënten.

Deze spanningen zijn niet zomaar weg te nemen, maar kleuren de dagelijkse gang van zaken en daarmee ook de implementatieprocessen die plaatsvinden in organisaties in de jeugdzorg. De mate waarin professionals open staan voor verandering, wordt mede bepaald door hoe organisaties omgaan met die spanningen en welke randvoorwaarden er voor hen gecreëerd worden.

Organisaties in de jeugdzorg

Beïnvloedende factoren met betrekking tot organisaties zijn onder te verdelen in drie thema's: besluitvorming, samenstelling van de organisatie en randvoorwaarden. Op elk thema zijn er risico's, die maken dat een implementatieproces kan stagneren, maar er zijn ook voldoende aangrijpingspunten om het proces in positieve zin te beïnvloeden.

- *Besluitvorming*

Wanneer de organisatie in haar besluitvorming aansluit bij wet- en regelgeving in de bredere context, zal dit bevorderend werken op implementatieprocessen, bijvoorbeeld omdat er dan middelen

vrijkomen om de vernieuwing te implementeren (Fleuren et al., 2002). Besluitvorming dient in organisaties zowel centraal (door management) als decentraal (door professionals) plaats te vinden, er moet comittent zijn op de verschillende niveaus (Rogers, 1995; Nutley & Davies, 2000; Fleuren et al., 2002; Van Yperen, 2003). Centrale besluitvorming en formele bekrachtiging door het management van een vernieuwing werkt bevorderend op de disseminatie en adoptie van een vernieuwing, omdat het legitimering geeft aan de verandering en ondersteunend werkt omdat er randvoorwaarden gecreëerd worden. Decentrale besluitvorming zorgt voor draagvlak bij de gebruikers en versnelt de daadwerkelijke implementatie, omdat er minder weerstand is bij de gebruikers. Beslislijnen moeten zo kort mogelijk zijn, zodat bijsturing van het proces snel kan gaan en communicatielijnen niet verstoord worden (Fleuren et al., 2002).

Voor het implementeren van interventies in de jeugdzorg is het dus belangrijk dat het management van een organisatie achter het plan staat en de uitwerking ondersteunt, maar dat besluiten hierover zowel bij hen als bij professionals liggen. Professionals moeten betrokken worden bij de keuze voor de interventie, de ruimte krijgen en er moet in hen geïnvesteerd worden (Van Yperen, 2003).

- *Samenstelling van de organisatie*

Voldoende capaciteit, weinig personeelsverloop en een goede samenwerking tussen afdelingen werkt bevorderend bij een implementatieproces. De structuur van de organisatie moet outputgericht zijn in tegenstelling tot functiegericht, omdat er dan op eindproducten en verbeteringen gericht wordt in plaats van op deelproducten en men zo eerder het nut van de verandering inziet en meer betrokken is. Wanneer er een beperkt aantal mensen betrokken is bij de implementatie, werkt dit bevorderend, omdat deze mensen makkelijker communiceren er een nauwere samenwerking is en men hierdoor meer betrokken is (Fleuren et al., 2002). Dit staat op gespannen voet met de bevinding dat potentiële gebruikers betrokken moeten worden, want dit kunnen er heel veel zijn. Het is daarom belangrijk om sleutelpersonen, zoals opinieleiders en mensen met expertise in te schakelen.

Voor organisaties in de jeugdzorg betekent dit: creëer capaciteit, personeelsbehoud en goede samenwerking. En bedenk dat het cruciaal is om gericht te zijn en te monitoren op eindresultaten, om te zien of het invoeren ervan tot verbeteringen heeft geleid. Verder wordt hier nogmaals het belang van opinieleiders benadrukt, vanwege de positieve invloed op collega professionals.

- *Randvoorwaarden*

De mate waarin de benodigde randvoorwaarden aanwezig zijn voor het invoeren van een vernieuwing is belangrijk voor het slagen van een implementatieproces (Fleuren et al., 2002; Mihalic, Irwin, Fagan, Ballard, & Elliot, 2004; Fixsen et al., 2005; Gregory, Henry & Schoeny, 2007). Dit kan zich uiten in geld, tijd of materiële voorzieningen, maar ook in administratieve, technische of inhoudelijke ondersteuning bij het werk. Verder is het belangrijk dat er expertise over het implementatieproces aanwezig is, bijvoorbeeld in de vorm van een coördinator. Hierdoor kan onzekerheid en beginnersfouten worden voorkomen, waardoor het proces soepeler en sneller verloopt (Fleuren et al., 2002; Van Yperen, 2003). Bij het implementeren van interventies moet er voldoende middelen, ondersteuning en expertise aanwezig zijn.

Bovenstaande factoren in de verschillende thema's zijn niet nieuw en klinken logisch, maar veel projecten zijn nog altijd gedoemd te mislukken vanwege een gebrek aan draagvlak en sturing vanuit het management, veel te optimistische verwachtingen, een slechte planning en onvoldoende mogelijkheid om de benodigde strategieën in te zetten (Van Yperen, 2004). Voor organisaties in de jeugdzorg is het daarom cruciaal deze punten daadwerkelijk aan te grijpen en het belang ervan in te zien. Voor de implementatie van interventies zijn er namelijk voldoende aangrijpingspunten die voor een organisatie wél beïnvloedbaar zijn maar nog te vaak niet ten uitvoer gebracht worden. Zorg dat besluitvorming aansluit bij wet- en regelgeving, op verschillende niveau's in de organisatie plaatsvindt, dat er korte beslislijnen zijn en dat besluiten formeel bekrachtigd worden door het management. Voorzie in de samenstelling van de organisatie in voldoende capaciteit voor het implementatieproces, ga personeelsverloop tegen en zorg voor een goede samenwerking tussen een beperkt aantal deelnemers aan het proces. Creëer als organisatie randvoorwaarden in de vorm van geld, tijd, materiaal, ondersteuning en expertise.

4.5. Samenvatting

In de inleiding en in hoofdstuk 3 hebben we geconstateerd dat implementatieprocessen complex zijn en in de praktijk vaak moeizaam verlopen. Dit heeft alles te maken met de aanwezigheid van belemmerende en de afwezigheid van bevorderende factoren die het proces beïnvloeden. Door meer inzicht te krijgen in welke factoren er mee spelen, is het vervolgens mogelijk deze te versterken of te verzwakken, door de inzet van strategieën.

In dit hoofdstuk hebben we aandacht besteed aan een implementatiemodel voor het specificeren en evalueren van de invoering van interventies in de jeugdzorg. Wat er bereikt moet worden, *de gewenste uitkomst*, is een effectieve en duurzame implementatie van veelbelovende methodieken, omdat de verwachting is dat jeugdigen dan de best beschikbare zorg krijgen. Effectieve implementatie bestaat in enge zin uit het werken zoals bedoeld in de interventie, in brede zin moet dit ook een verbetering bij de cliënt opleveren. Wanneer er sprake is van effectieve implementatie van een goede interventie, is het zaak deze duurzaam te borgen in de organisatie en op onderdelen te verbeteren, zodat cliënten voortdurend de best beschikbare zorg blijven krijgen.

De professionals in de jeugdzorg staan voor de taak om die gewenste uitkomst waar te maken. Of dat wel of niet lukt, kan beïnvloedt worden door eigenschappen van deze professionals en door de samenstelling van een groep van professionals, zoals een team of afdeling. Individuen moeten bereid zijn om tot actie over te gaan, en in een team zijn hiervoor aanjagers in de rol van opinieleiders nodig. Deze professionals zijn de *doelgroep* die met de interventie gaan werken en naast de eigenschappen van henzelf spelen er kenmerken van de *innovatie* en de *context* waarin dit alles zich afspeelt een rol in het stagneren of slagen van een implementatieproces. Een interventie zal sneller overgenomen worden wanneer deze ruimte geeft voor eigen invulling van de gebruiker en voordeel heeft, aansluit bij de ideeën van de professionals, eenvoudig is, uit te proberen is en observeerbaar is bij anderen. De context van de jeugdzorg kenmerkt zich door spanningen, organisaties kunnen hier rekening mee houden en ondersteunend zijn aan het implementatieproces door randvoorwaarden te creëren en op een goede manier om te gaan met besluitvorming en de aanwezige professionals.

Het specificeren van het implementatieproces, zoals we dat in het afgelopen hoofdstuk hebben gedaan, zal herkenning oproepen bij eenieder die met implementatie te maken heeft en dit geeft inzicht in welke belemmerende en bevorderende factoren meespelen. Dit inzicht is de eerste stap in het actief beïnvloeden van het implementatieproces. Wanneer het vervolgens lukt om passende en effectieve strategieën in te zetten, is het mogelijk om het proces sneller of met een betere uitkomst te laten verlopen. Wat hier over bekend is en hoe dit toe te passen is op de jeugdzorg, beschrijven we in het volgende hoofdstuk.

5. Strategieën: actieve beïnvloeding van verandering

In voorgaande hoofdstukken definieerden we implementatie als een proces met verschillende stappen, waarop veel factoren van invloed zijn. Die factoren, te clusteren in doelgroep, innovatie en context, beïnvloeden de uitkomst van het implementatieproces in positieve of negatieve zin. Om de belemmerende werking weg te nemen of de bevorderende werking te versterken, kunnen implementatiestrategieën ingezet worden. Met deze strategieën worden concrete activiteiten bedoeld, die plaats vinden om de implementatie te bevorderen, zoals het trainen van mensen of het informeren via een nieuwsbrief.

In verschillende disciplines is de laatste decennia aandacht geweest voor de inzet van strategieën. In het onderzoek naar deze strategieën vallen ons drie dingen op. Ten eerste is de effectiviteit van de strategieën niet altijd duidelijk, omdat het onderzoek naar de inzet van strategieën van wisselende kwaliteit is. Er ligt niet altijd theorie ten grondslag aan de inzet van strategieën die in onderzoek beschreven zijn en er is nauwelijks aandacht voor de koppeling van strategieën aan beïnvloedende factoren (Fleuren et al., 2004). Ten tweede valt ons op dat er weinig onderscheid gemaakt wordt naar de fase van het implementatieproces waarop de strategie ingrijpt. Traditioneel wordt er veel gebruik gemaakt van strategieën die op de eerste fase van het implementatieproces, disseminatie aansluiten. Het schrijven van artikelen en bijeenkomsten zoals congressen zijn activiteiten die gericht zijn op het verspreiden van kennis. Dit blijkt erg ineffectief als het gaat om het bereiken van verandering. Maar het is ook niet zo gek dat zo'n strategie niet tot een uiteindelijke verandering leidt, want daarvoor is naast disseminatie ook adoptie, implementatie en borging nodig. Tot slot valt ons op dat literatuur over implementatie vaak uitgaat van initiatief en beïnvloeding van buitenaf. De gerichtheid op disseminatie wijst er ook op dat verandering vaak van boven- of buitenaf geïnitieerd wordt en dus top-down z'n weg 'omlaag' moet vinden. Een verandering kan echter ook van binnenuit de praktijk geïnitieerd worden en bottom-up zijn weg 'omhoog' zoeken. Wellicht is dan de insteek op een andere fase in het implementatieproces dan meer op zijn plaats.

Ondanks de beperkingen in het onderzoek naar strategieën, lijken de resultaten die er uit naar voren komen wel robuust en is het zinvol om de beschikbare kennis te benutten. Bovengenoemde punten in ogenschouw genomen, denken we dat een effectieve strategie zowel aan moet sluiten bij de belemmerende en bevorderende factoren als op de verschillende fasen van het implementatieproces en dat er in de aanpak van een implementatieproces rekening gehouden moet worden met beïnvloeding van buitenaf en van binnenuit.

5.1. Effectiviteit van strategieën

Traditioneel worden nieuwe inzichten of uitvindingen vanuit de wetenschap gecommuniceerd via een publicaties in tijdschriften, in de hoop dat dit uiteindelijk mensen op de werkvloer tot ander gedrag aanzet. Dit is een voorbeeld van disseminatie: de informatie wordt bekend gemaakt bij de doelgroep. In 1998 publiceerde de 'Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group' (Cochrane EPOC) een uitgebreide review naar de implementatie van onderzoeksbevindingen (Bero, Grilli, Grimshaw, Harvey, Oxman & Thomson, 1998). Daaruit bleek dat passieve disseminatie ineffectief is in het veranderen van de praktijk, hoe belangrijk het onderwerp of hoe valide de onderzoeksmethode ook was. Het gebruik van strategieën om aanbevelingen te implementeren is nodig om te verzekeren dat die praktijk verandert.

Robuuste bevindingen

Bero et al. (1998) identificeerden effectieve en minder effectieve strategieën en kwamen tot de conclusie dat over het algemeen geldt dat een meer intensieve inspanning om de praktijk te veranderen in principe meer effectief is. Sinds die tijd is er veel onderzoek gedaan naar de inzet van concrete strategieën bij implementatie van bijvoorbeeld richtlijnen of protocollen in ziekenhuizen of preventieprogramma's. En alhoewel het onderzoek zijn beperkingen kent, blijkt uit verschillende reviews dat de bevindingen stand houden. Tien jaar na de review van EPOC zijn de bevindingen nog steeds algemeen geldend in de literatuur over implementatiestrategieën en worden ze door nieuw onderzoek bevestigd (Grol & Grimshaw, 2003; Grol & Wensing, 2004).

Consistent effectief <ul style="list-style-type: none">- educatieve bezoeken van deskundigen in praktijk- reminders- multifaceted interventies- interactieve educatieve bijeenkomsten- financiële strategieën- organisatorische strategieën
Variabel effectief <ul style="list-style-type: none">- audit en feedback- gebruik van lokale opinieleiders- lokale consensus processen- patiënt gerichte strategieën
Weinig of geen effect <ul style="list-style-type: none">- passieve verspreiding van informatie- educatieve materialen- didactische educatieve bijeenkomsten

Figuur 5.1 Implementatiestrategieën, gecategoriseerd naar effectiviteit

In bovenstaande figuur staan de strategieën gecategoriseerd naar effectiviteit, zoals het in verschillende studies naar voren is gekomen (Bero et al., 1998; Gezondheidsraad, 2000; Hulscher, Wensing en Grol, 2000; Van Yperen, 2003). Strategieën die meestal weinig of geen effect laten zien in onderzoek zijn de passieve vormen, zoals het verspreiden van informatie en educatieve middelen (materialen en bijeenkomsten), waarbij er weinig sprake is van interactie. Opvallend genoeg zijn het vaak deze strategieën die ingezet worden in de jeugdzorg: publiceren in wetenschappelijke

tijdschriften, congressen bezoeken, het uitdelen van een nieuw methodiekboek en didactische trainingen. Deze strategieën blijken op zichzelf niet effectief om verandering te bereiken. Wanneer er meer interactie in een educatieve bijeenkomst voorkomt, zoals door oefening of uitwisseling, of deze wordt bezocht door een expert van buitenaf, dan blijkt deze strategie wel effectief. Verder werkt het om mensen te herinneren aan wat ze moeten doen met behulp van reminders en door ze te belonen met geld of randvoorwaarden te scheppen (financiële en organisatorische strategieën). Over het algemeen zijn de *multifaceted* interventies, waarbij meerdere activiteiten gecombineerd worden of vaker ingezet worden vaak effectief. Wisselend effectief zijn audit en feedback, het inzetten van opinie leiders en lokale consensus projecten, waarbij gezocht wordt naar overeenstemming in een groep.

Strategie op maat

De robuuste onderzoeksresultaten geven aanwijzingen voor het bij voorkeur inzetten van bepaalde strategieën. Toch moeten we daar voorzichtig mee zijn. Ten eerste zijn er wellicht strategieën die nooit onderzocht zijn, maar die wel effectief zijn in de praktijk. Ten tweede is het goed mogelijk dat strategieën die hier als effectief aangemerkt worden, in bepaalde studies helemaal geen effect laten zien, maar dat hier niet over gerapporteerd wordt. Ten derde is het moeilijk om de strategieën met elkaar te vergelijken, omdat ze in veel onderzoeken niet gespecificeerd worden qua inhoud, intensiteit, duur, frequentie e.d. (Fleuren et al., 2004). Tot slot valt op dat het effect afgelezen wordt aan de mate waarin men daadwerkelijk verandert, de fasen van invoering en borging in het implementatieproces. Het is echter vrij logisch dat iemand niet direct verandert na het lezen van een artikel in een tijdschrift, terwijl het wel een eerste stap in de bewustwording van die persoon kan zijn, waarna de bereidheid om te veranderen (de adoptie) toeneemt en er in een later stadium minder nodig is om deze persoon tot verandering te laten overgaan.

De beperkte kennis is waarschijnlijk de reden waarom vaak combinaties van strategieën worden ingezet, deze blijken in ieder geval beter te werken dan een enkelvoudige strategie (Bero et al., 1998). Maar zelfs met combinaties van strategieën worden niet altijd effecten bereikt. Het is niet zo dat meer strategieën automatisch tot meer effecten leiden. Grol & Wensing (2006) typeren een combinatie van veel verschillende activiteiten als een 'schot hagel', waarvan een deel misschien het doel raakt, maar een deel waarschijnlijk ook overbodig of niet effectief is. Er zou een 'strategie op maat' ontworpen moeten worden, die aansluit bij beïnvloedende factoren op het proces (Hulscher, Wensing, Grol, 2000). De kans dat zo'n strategie effecten oplevert is groter, al is de onderzoeksmatige onderbouwing voor zo'n strategie op maat op dit moment nog beperkt (Grol & Wensing, 2006).

Van Yperen (2003) maakt in dit verband onderscheid tussen algemene en specifieke succesfactoren. Er is een aantal *algemene succesfactoren* die hij destilleerde uit onderzoeken naar vernieuwingstrajecten in de zorg, die algemeen lijken te gelden en in dit rapport ook eerder aan de orde zijn geweest. Zoals dat professionals de ruimte moeten krijgen te vernieuwen. En dat een aantal kenmerken van de innovatie de acceptatie van de vernieuwing vergroot. En dat het belangrijk is dat er commitment is op verschillende niveaus in de organisatie. Het idee is dat strategieën *specifieke succesfactoren* bevatten die in te zetten zijn al naar gelang de kenmerken van de doelgroep, de context en het innovatievraagstuk (Van Yperen, 2003).

5.2. Succesvolle implementatie: de goede 'fit'?

In de vorige paragraaf is een aantal effectieve en minder effectieve strategieën besproken. Het idee is dat er een aantal algemene en een aantal specifieke succesfactoren zijn voor implementatie. Onze verwachting is dat de specifieke werkzaamheid van strategieën schuilt in enerzijds de combinatie met de fasen van het implementatieproces en anderzijds de factoren van invloed. In deze paragraaf werken we dit idee verder uit.

Specifieke factoren in schema

Vanuit onderzoek is er nog weinig bewijs voor specifiek werkzame bestanddelen van implementatie. Er is wel theorie voorhanden waarmee veronderstellingen te doen zijn over welke aspecten geschikt zijn als aangrijpingspunt voor het inzetten van strategieën in een bepaalde fase van het implementatieproces. Moulding et al. (1999) doen hier een aanzet in door implementatiestrategieën te koppelen aan de motivatiestadia van Prochaska en DiClemente. Zij geven aan dat de succesvolle implementatie afhankelijk is van het motivatiestadium van de betrokken professionals en dat strategieën erop gericht zijn hen naar een volgende fase te brengen. Deze motivatiestadia laten zich goed vertalen naar de fasen disseminatie, adoptie, invoering en borging in een implementatieproces, zoals we eerder in dit rapport uitgewerkt hebben. In onderstaande figuur hebben we de implementatiestrategieën die in de vorige paragraaf besproken zijn dan ook gekoppeld aan deze fasen. Na de figuur wordt hier op ingegaan.

	Passende strategie	Doelgroep	Innovatie	Context
Disseminatie	<i>Passieve informatie- Educatieve materialen- Didactische educatieve bijeenkomsten-</i>	<i>Investeren in: Innovators</i>	<i>Investeren in: Voordeel</i>	<i>Investeren in: Centrale en decentrale besluitvorming Samenstelling van de organisatie Randvoorwaarden Monitoren van resultaten</i>
Adoptie	<i>Educatieve bezoeken van deskundigen** Locale opinieleiders**</i>	<i>Early adopters (opinieleiders)</i>	<i>Compatibiliteit</i>	
Invoering	<i>Interactieve educatieve bijeenkomsten** Consensus processen~ Financiële strategieën**</i>	<i>Early majority</i>	<i>Te observeren Uit te proberen</i>	
Borging	<i>Organisatorische strategieën** Reminders** Audit en feedback~</i>	<i>Late majority Laggards</i>	<i>Simpel in gebruik Aanpassing mogelijk</i>	

Figuur 5.2 Specifieke aangrijpingspunten per factor van invloed en per fase van het implementatieproces met veronderstelde passende implementatiestrategieën en hun bewezen effectiviteit (**= effectief; ~= wisselend effectief; - = weinig of niet effectief)

In de eerste fase van het proces, disseminatie, is het doel om informatie te verstrekken en mensen te bereiken. Strategieën die daarbij aansluiten zijn passieve verspreiding van informatie, educatieve materialen en didactische educatieve bijeenkomsten. Bij de fase van adoptie passen strategieën die mensen enthousiasmeren en overtuigen dat het een goede innovatie is (bezoeken van deskundigen, de inzet van opinieliders en interactieve bijeenkomsten). Voor de invoering van een innovatie is het zaak om mensen werkelijk tot ander gedrag aan te zetten, dat kan door ze daarop toe te rusten (financiële en organisatorische strategieën) en door betrokkenen mee te laten denken (lokale consensus processen). Om een innovatie vervolgens te borgen in de dagelijkse gang van zaken zijn herinneringen en audit en feedback cycli geschikte strategieën, omdat dit betrokkenen inzicht geeft in hun manier van werken en de behaalde resultaten.

Vanuit de kennis die we eerder in dit rapport besproken hebben, zetten we hieronder verder uiteen hoe er gericht gebruik gemaakt kan worden van strategieën, die aansluiten bij beïnvloedende factoren en fasen in het implementatieproces.

Doelgroep

De meeste strategieën die ingezet worden bij bestaande implementatietrajecten, zijn direct gericht op de doelgroep, de professional die hulp biedt (Van Yperen, 2003). Algemene succesfactoren van deze beïnvloedende factor, zijn het betrekken van de doelgroep en het zichtbaar maken van de eigen prestaties. Specifieke aangrijpingspunten zijn de motivatiestadia van betrokken professionals en de typen veranderaars in een groep van professionals (Rogers, 1995; Grol & Wensing, 2006).

Het afstemmen van de in te zetten strategieën op de motivatiestadia van betrokkenen (Moulding et al., 1999) is naar onze verwachting een eerste specifieke succesfactor. Een tweede succesfactor is te vinden in het investeren op de juiste personen tijdens het veranderingsproces. De innovators en early adopters zijn snel geneigd actie te ondernemen. Zij hebben genoeg aan passieve verspreiding van informatie en educatieve bijeenkomsten en kunnen daar zelf verder mee. Voor de early majority is informatie niet genoeg. Zij zijn gevoelig voor beïnvloeding op houding vanuit de sociale omgeving. Bij hen zullen collega's die een nieuwe werkwijze introduceren veel invloed hebben, net als interactieve educatie en consensus processen. De late majority en laggards laten zich niet snel tot actie aanzetten, maar beïnvloeding door meer kennis of motivatie op te leggen werkt ook niet. Zij zijn minder gevoelig voor sociale druk, omdat ze veelal solistisch opereren. Ze zijn het best te benaderen met invloed op gedrag door middel van financiële en organisatorische strategieën zoals steun bij problemen, regels en afspraken, beloning en sancties, druk vanuit officiële standpunten of vanuit de organisatie (Grol & Wensing, 2006).

In het overzicht van figuur 5.2 valt op dat de strategieën die in de eerste fase van het proces passen weinig effectief zijn. Zoals eerder opgemerkt is dit ook niet zo verwonderlijk, want met die strategieën en de disseminatiefase wordt het implementatieproces enkel in gang gezet en worden alleen de innovators uit een groep aangesproken. Dat een proces start en een aantal mensen meegaat is echter geen garantie voor een geslaagde afloop. We analyseren dat de sociale invloed van de doelgroep een sterke beïnvloeder is, wat bevestigd wordt door de effectiviteit van strategieën als lokale consensus projecten, interactieve educatieve bijeenkomsten en bezoeken van deskundigen. Het is niet

verwonderlijk dat juist deze strategieën effectief zijn, omdat ze aansluiten bij de middengroep, die in veel gevallen groot zal zijn. Wanneer zij meegaan in een verandering zal deze makkelijker doorvoeren vinden. Voor een goede afloop is het noodzakelijk om te investeren in typen veranderaars die belangrijk zijn voor de verschillende fasen, met strategieën die bij hen aansluiten, zodat het gehele proces doorlopen kan worden.

Innovatie

Strategieën kunnen in de tweede plaats gericht zijn op de innovatie. Een algemene succesfactor is of de doelgroep positief ten opzichte van de innovatie staat. Bevorderende en belemmerende factoren schuilen in de aan- of afwezigheid van kenmerken die deze houding beïnvloeden. Specifieke succesfactoren schuilen in strategieën die op deze kenmerken aansluiten. Een voorbeeld is interactieve educatie aan professionals, waarbij ze de innovatie in een veilige trainingssituatie uit kunnen proberen. Een bezoek van een externe deskundige kan er bijvoorbeeld voor zorgen dat observeerbaar gemaakt wordt wat de innovatie voor voordelen kan hebben. Een andere strategie die gehanteerd kan worden om een verandering goed te implementeren, is dat er ruimte blijft voor de eigen inbreng van de gebruikers. Door lokale consensus projecten kan die inbreng er voor zorgen dat mensen het willen gaan gebruiken of dat een verandering iets aangepast wordt, zodat het simpeler of beter passend bij de professionals gemaakt wordt.

Als we dit verder uitsplitsen naar de fasen van het implementatieproces dan blijkt dat de afzonderlijke kenmerken belangrijk zijn in verschillende fasen, zo is deze succesfactor nog verder te specificeren. Het verwachte voordeel en de compatibiliteit zijn vooral belangrijk in de fase van verspreiden en adopteren van een vernieuwing. De mate waarin een innovatie te observeren en uit te proberen is, is vooral belangrijk in de fase van adoptie en implementatie. Voor het blijven gebruiken, de borging van de innovatie, is het belangrijk dat deze simpel is in gebruik en dat er, binnen kaders, ruimte is voor aanpassingen. Effectieve strategieën die van invloed zijn op de innovatie zijn educatieve bezoeken van deskundigen, interactieve educatieve bijeenkomsten en consensus processen. Deze gaan in op het voordeel, de compatibiliteit en het observeerbaar maken van de innovatie, opvallend genoeg allemaal kenmerken die vooral in de eerste fasen van het proces spelen. Een implementatieproces zal gezien deze kennis succesvoller verlopen wanneer de innovatie vanaf de start aansluit bij de gebruikers en hier gedurende het proces aandacht voor blijft.

Context

De context is de omgeving waarin het implementatieproces zich afspeelt en die omgeving speelt een grote randvoorwaardelijke rol in het slagen van een implementatie. Een algemene succesfactor voor de context is dat er randvoorwaarden geschept worden en dat professionals de ruimte krijgen om te veranderen. Dit vormt gedurende het hele proces, van disseminatie tot borging, een belangrijke rol. Financiële en organisatorische strategieën die inspelen op deze randvoorwaarden, worden veel gebruikt en zijn ook effectief. Dit effect is te verklaren omdat zo'n strategie op verschillende beïnvloedende factoren tegelijk en op verschillende fasen van het implementatieproces tegelijk kan ingrijpen. Extra geld kan professionals prikkelen om met een vernieuwing te werken, kan de aanschaf van goede innovaties mogelijk maken en kan ondersteuning in de organisatie mogelijk maken.

Specifieke succesfactoren schuilen in de timing van strategieën. Besluitvorming door het management heeft vooral een bevorderende werking op de start van het proces, terwijl besluitvorming lager in de organisatie, bij betrokken professionals juist bevorderend werkt op de fase van implementatie en borging (Nutley & Davies, 2000; Fleuren et al., 2002). Monitoren van resultaten, zoals door audit en feedback werkt vooral bevorderend op het volhouden van de verandering, de borging.

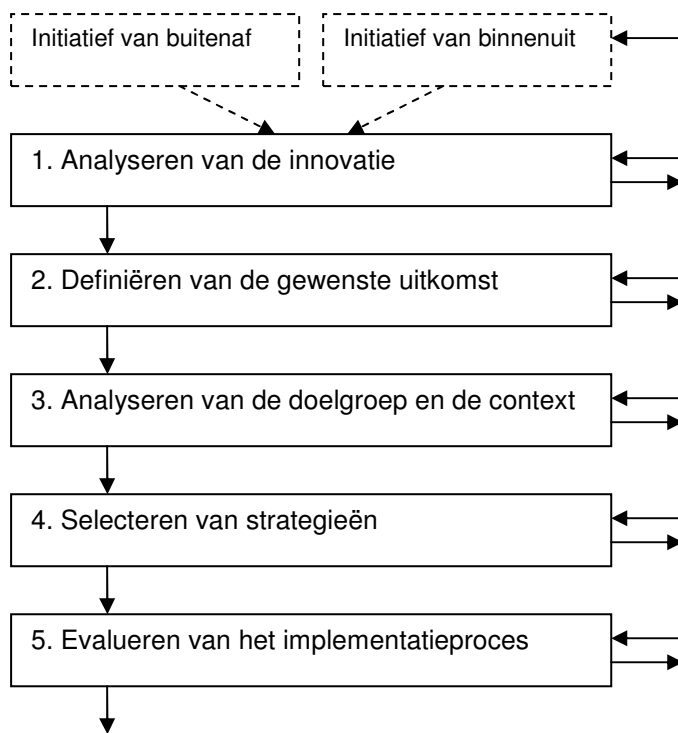
We concluderen dat er vanuit het onderzoek naar effectieve strategieën geen pasklaar antwoord of wonderstrategie naar voren komt die succes verzekert in elk implementatieproces. Wel is er voldoende kennis over de fasen die doorlopen worden in een implementatieproces, over factoren die dit proces beïnvloeden en over strategieën die deze factoren kunnen beïnvloeden. Wanneer we al deze informatie verzamelen, komen we tot een overzichtelijke ordening van belangrijke aangrijpingspunten in het implementatieproces, waarop gericht strategieën ingezet kunnen worden: een goede 'fit'.

5.3. Een planmatige aanpak

Een algemene succesfactor in het proces van implementeren is planmatig werken. Het is belangrijk om de implementatie goed voor te bereiden, te plannen en een systematische aanpak te hanteren (Grol & Wensing, 2006). Een planmatige aanpak zorgt er voor dat er aandacht is voor alle factoren die meespelen in het implementatieproces en dat de goede 'fit' gemaakt wordt tussen beïnvloedende factoren, fasen en strategieën.

Een implementatieplan

In de literatuur worden verschillende stappen en schema's genoemd die men kan doorlopen voor het maken van een implementatieplan (Moulding et al., 1999; Grol & Wensing, 2006). De kern is dat alle factoren van invloed uit het implementatiemodel (figuur 4.1) geanalyseerd worden en dat er bij de keuze van strategieën afgestemd wordt op de belemmerende en bevorderende factoren en de fasen van het implementatieproces. In het figuur hieronder staan de vijf stappen schematisch weergegeven.



Figuur 5.3 Stappen bij het maken van een implementatieplan, naar Grol & Wensing, 2006

Dit stappenplan is logisch opgebouwd en van stap 1 tot stap 5 vormt het een goede weg om tot effectieve implementatie te komen. Het plan moet opgevat worden als een cyclus, waarbij altijd een stap terug gedaan kan worden en na stap 5 ruimte is om een van de vorige stappen bij te stellen of een nieuw implementatieproces in te zetten. Zo blijft bijsturing steeds mogelijk en kan men op een planmatige wijze anticiperen op veranderingen gedurende het implementatieproces. In de tekst lopen we aandachtspunten bij de vijf stappen door voor het implementeren van interventies in de jeugdzorg.

- *Initiatief tot verandering, van buitenaf of van binnenuit.*

Waar komt het initiatief tot het invoeren van de interventie vandaan? Van buitenaf of van binnenuit? Houdt hier rekening mee bij verwachtingen over belemmeringen en bevorderende factoren en bij het vaststellen van de gewenste uitkomst.

- *Stap 1 is het analyseren van de verandering, de innovatie.* (zie Hoofdstuk 4.3)
Wat houdt de interventie in? Wat is er nieuw/anders ten opzichte van hoe het voorheen was? Is het een goede interventie, wat zijn mogelijke belemmerende en bevorderende factoren? Is er ruimte voor aanpassing door de gebruikers?
- *Stap 2 is het definiëren van de gewenste uitkomst.* (zie Hoofdstuk 4.1)
Waartoe dient de interventie? Wat moet het invoeren van deze interventie opleveren? Denk aan implementatie in enge en brede zin. Hoe kan deze gewenste uitkomst gemonitord worden gedurende het proces, zodat resultaten direct zichtbaar zijn?
- *Stap 3 is het analyseren van de doelgroep en de context.* (zie Hoofdstuk 4.2 en 4.4)
Welke belemmerende en bevorderende factoren spelen er bij de betrokken professionals en in de organisatie? Hoe zijn die factoren beïnvloedbaar? Zijn er opinieleiders te onderscheiden? Is er voldoende commitment voor de invoering? Zijn de benodigde randvoorwaarden beschikbaar?
- *Stap 4 is het selecteren van strategieën* (zie Hoofdstuk 5.1 en 5.2)
Zoek de 'fit' tussen strategieën en de analyse van stap 1 tot en met 3. In welke fasen is de inzet van strategieën nodig en op welke factoren moeten deze strategieën ingrijpen? Welke effectief gebleken strategieën passen hierbij?
- *Stap 5 is het evalueren van de implementatie, aan de hand van de uitkomst.*
Wat is er bereikt met de inzet van de strategieën? Is er sprake van implementatie in enge en/of brede zin? Is er bijstelling nodig van het plan? Zijn er belemmerende factoren over het hoofd gezien tijdens de analyse? Welke stappen moeten herhaald worden?

Succes van de 'fit'

Een planmatige aanpak van een implementatieproces houdt een goede analyse van de te implementeren interventie in. Afhankelijk van beïnvloedende factoren en met aandacht voor de verschillende fasen van het proces kunnen dan specifieke strategieën ingezet worden. De vraag is of de 'fit' die we dan maken, ook werkelijk de goede is. Vanuit theorie mogen we in ieder geval aannemen dat deze manier van werken tot betere implementatieprocessen leidt. Gebruik in de praktijk en degelijk onderzoek daarnaar zal echter moeten uitwijzen of dit inderdaad de goede manier is en welke combinaties van factoren en strategieën succes creëren.

6. Betekenis voor de jeugdzorg

Er is in de jeugdzorg veel aandacht voor effectieve hulpverlening, waarbij implementatie een belangrijke rol speelt. Dat de implementatie van veelbelovende interventies vaak moeizaam verloopt, staat de effectieve hulpverlening in de weg. Toch is er nog maar weinig bekend over hoe veranderaars er voor kunnen zorgen dat die implementatie wel succesvol verloopt. Het doel van dit rapport was om de beschikbare kennis op het gebied van implementatieprocessen te ordenen, zodat het toepasbaar is op de implementatie van interventies in de jeugdzorg en te benutten voor een succesvolle afloop van dit soort trajecten. In de volgende paragraaf vatten we de kennis samen en daarna doen we aanbevelingen voor succesvolle implementatie in de jeugdzorg. We sluiten af met een bespreking van de beperkingen van dit rapport.

6.1. Conclusie: toepasbare kennis

Het belang van een effectieve en duurzame implementatie is duidelijk: niemand is gebaat bij het invoeren van vernieuwingen die niets opleveren of geen stand houden. Het bereiken van die goede implementatie is echter een complex en gefaseerd proces, waarin strategieën bewust en planmatig ingezet moet worden om duurzame verbetering te mogen verwachten. Er is geen pasklaar recept voor succesvolle implementatie, maar een goed proces verloopt in ieder geval planmatig, via het inzichtelijk maken van de factoren van invloed en het zoeken naar passende strategieën.

Voor het inzichtelijk maken van deze factoren hebben we een implementatiemodel geïntroduceerd, voor het zoeken naar passende strategieën een schema met aangrijpingspunten per beïnvloedende factor. Om een en ander planmatig te laten verlopen, is een stappenplan opgenomen.

De gewenste *uitkomst* van de implementatie van interventies in de jeugdzorg is dat interventies worden uitgevoerd zoals bedoeld en dat deze een verbetering van de hulp aan cliënten bieden. Om tot succesvolle implementatie te komen is het belangrijk dat duidelijk is wat de *innovatie* inhoudt. De interventie moet een voordeel opleveren voor de professional; de omschrijving moet aansluiten bij de waarden en behoeften; de interventie moet niet complex zijn; er moet een mogelijkheid zijn om het uit te proberen en tot slot moet observeerbaar zijn bij anderen of de interventie inderdaad tot de gewenste uitkomsten leidt. Verder moet er ruimte zijn voor inbreng van de professional. *Professionals* in de jeugdzorg werken met de interventies, zij moeten de innovatie overnemen. Hiervoor is nodig dat zij weten wat de verandering inhoudt en dat zij willen en kunnen veranderen. Het implementatieproces zal sneller verlopen wanneer professionals overgaan tot actie en daarom moet er ruimte zijn voor opinie leiders die anderen kunnen meenemen in de verandering. De *context* van de jeugdzorg is de achtergrond waartegen het implementeren plaatsvindt. Voor organisaties is het belangrijk op een goede manier om te gaan met besluitvorming, samenstelling van de organisatie en randvoorwaarden.

Een multifaceted strategie, waarbij meerder activiteiten worden gecombineerd, zal het beste werken voor het veranderen van de praktijk, als die opgebouwd is uit effectieve strategieën die op maat ingezet zijn. Bij het selecteren van strategieën dient rekening gehouden te worden met beïnvloedende factoren, met beïnvloeding van binnenuit en buitenaf en de strategieën moeten ingrijpen op verschillende fasen van het implementatieproces.

6.2. Aanbevelingen: succesvolle implementatie

Voor de jeugdzorg is het zaak om standaard aandacht te besteden aan goede implementatie bij de ontwikkeling en uitvoering van effectieve jeugdhulp. Planmatige implementatie is cruciaal voor het werken met effectieve interventies, of deze nu van buitenaf (door invoering van evidence-based practice) of van binnenuit (door ontwikkeling van practice-based evidence) geïnitieerd worden.

Die aandacht kan op verschillende manieren besteed worden, hieronder een aantal aanbevelingen.

- Benader implementatie als een planmatig proces

Implementeren is een langdurig proces en geen korte activiteit. Alle fasen van het implementatieproces zijn belangrijk voor een goede afloop en naast aandacht voor de aanschaf of uitvoering van een interventie is het ook belangrijk om stil te staan bij de adoptie door professionals die er mee moeten werken en de duurzame borging ervan in de praktijk.

- Maak gebruik van effectieve strategieën die op maat ingezet worden

Enkelvoudige strategieën zoals informeren en trainen blijken nauwelijks effectief. Het heeft dus weinig zin om professionals te blijven onderwerpen aan stapels papier en dagen training als dit niet aansluit bij wat ze nodig hebben. Maar ook niet om lukraak te kiezen voor strategieën die uit onderzoek als effectief naar voren komen. Een strategie op maat is de beste oplossing en er is voldoende kennis beschikbaar over implementatiestrategieën om een afgewogen keuze te maken bij de implementatie van een specifieke interventie. Houdt rekening met de doelgroep, de interventie, de context en met de verschillende fasen van het proces en monitor de uitkomst zodat resultaten zichtbaar worden en bijstelling mogelijk is.

- Aandacht voor onderzoek naar implementatie

Naast de effectiviteit van interventies is ook de implementatie van interventies een belangrijk onderzoeksthema. Door meer en beter onderzoek te doen naar implementatieprocessen in de jeugdzorg en de inzet van algemene en specifieke strategieën is het mogelijk om de kennis hierover uit andere werkvelden te toetsen en te specificeren voor het werkveld van de jeugdzorg. Door gebruik te maken van dezelfde taal, worden ervaringen en onderzoeksbevindingen uitwisselbaar binnen en tussen verschillende organisaties in de jeugdzorg en vergroten we de kennis over gebruik van strategieën.

6.3. Beperkingen

Er zijn een aantal beperkingen aan dit rapport, die aanwijzingen geven voor verdere uitdieping van het onderwerp en onderzoek dat toegespitst is op de praktijk van de jeugdzorg.

Ten eerste is veel theorie over implementatie afkomstig uit andere disciplines dan de jeugdzorg. We hebben veel literatuur aangehaald uit de gezondheidszorg en ook vanuit managementkunde en onderwijskunde. De vraag is in hoeverre deze theorie toepasbaar is op de situatie in de jeugdzorg. Er zijn belangrijke verschillen, zoals bijvoorbeeld de te implementeren innovaties waarover geschreven wordt. In de medische setting wordt veel aandacht besteed aan implementatie van duidelijk omschreven richtlijnen en protocollen, terwijl de interventies in de jeugdzorg veel minder voorschrijvend zijn (alhoewel dit aan verandering onderhevig is). Er is in de gezondheidszorg een duidelijkere professionalisering, waarbij functies zijn opgenomen in beroepsregisters en professionals onderhevig zijn aan tuchtrecht. Dit is in de jeugdzorg niet op die manier geregeld. Maar er zijn ook overeenkomsten in de werkvelden, zoals dat er veel discretionaire ruimte in de uitvoering van het werk is voor de betrokken professionals.

We hebben veel beschreven aan de hand van een theoretisch perspectief. Het bewijs vanuit onderzoek voor dit perspectief is op onderdelen matig. De onderzoeken die wel beschikbaar zijn, zijn soms moeilijk met elkaar te vergelijken, doordat verschillende termen gebruikt worden, waardoor verwarring ontstaat of omdat gehanteerde strategieën niet duidelijk gespecificeerd zijn. Dit maakt het lastig om te bepalen welke strategie wel werkt en welke niet (Oxman, Thomson, Davis, & Haynes, 1995; Fleuren et al., 2004).

Alles bij elkaar genomen rijst de vraag in hoeverre de beschikbare kennis toepasbaar is op de jeugdzorg. Tegelijkertijd kunnen we ons afvragen waarom dit niet zo zou zijn. In verschillende disciplines komen eenduidige resultaten naar voren en theorieën en modellen vertonen vaak veel overlap. De theoretische onderbouwing voor de inzet van strategieën die aansluiten bij de verschillende fasen van het implementatieproces en bij de factoren die op dit proces van invloed zijn is aannemelijk. Dat is op dit moment het best beschikbare om van uit te gaan. Verder onderzoek voor het verstevigen van onze ideeën over het inzetten van specifieke succesfactoren is noodzakelijk en dat kan het beste door gebruik te gaan maken van de bevindingen. Daarom raden we iedereen aan om planmatig te gaan implementeren met behulp van een analyse aan de hand van het implementatiemodel gevolgd door de inzet van daarbij passende strategieën.

7. Literatuurlijst

- Addis, M.E. & Waltz J. (2002). Implicit and untested assumptions about the role of psychotherapy treatment manuals in evidence-based mental practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 421-424.
- Barkham, M., & Mellor-Clark, J. (2003). Bridging evidence-based practice and practice-based evidence: Developing a rigorous and relevant knowledge for the psychological therapies. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 319-327.
- Bero, L. A., Grilli, R., Grimshaw, J. M., Harvey, E., Oxman, A. D., & Thomson, M. A. (1998). Closing the gap between research and practice: An overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *British Medical Journal*, 317, 465-468.
- Berwick, D. M. (2003). Disseminating innovations in health care. *Journal of the American Medical Association*, 289, 1969-1975.
- Black, M. M., & Holden, E. W. (1995). Longitudinal intervention research in children's health and development. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 163-172.
- Boendermaker, L., Veldt, M.C. van der, Booy, Y. (2003) *Nederlandse studies naar de effecten van jeugdzorg*. Utrecht: NIZW
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. C., et al. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *Journal of American Medical Association*, 282, 1458-1465.
- Chorpita, B. F., Yim, L. M., Donkervoet, J. C., Arensdorf, A., Amundsen, M. J., McGee, C., et al. (2002). Toward large-scale implementation of empirically supported treatments for children: A review and observations by the Hawaii Empirical Basis to Services Task Force. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 165-190.
- Chorpita, B. F., Daleiden, E. L., & Weisz, J. R. (2005). Modularity in the design and application of therapeutic interventions. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 141-156.
- Dane, A., & Schneider, B. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: Are implementation effects out of control? *Clinical Psychology Review*, 18, 23-45.
- Davis, D. A., & Taylor-Vaisey, A. (1997). Translating guidelines into practice: A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 157, 408-416.

- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa: University of South Florida, The National Implementation Research Network.
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., et al. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention Science*, 6, 151-175.
- Fleuren, M. A. H., Wiefferink, C. H., & Paulussen, T. G. W. M. (2002). *Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.
- Fleuren, M. A. H., Wiefferink, C. H., & Paulussen, T. G. W. M. (2004). Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi study. *International Journal for Quality in Health Care*, 16, 107-123.
- Fleuren M. A. H., Wiefferink C. H., Paulussen T. G. W. M. (2006) Determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties: systematische literatuurreview. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 3, 160-167.
- Fullan, M.G. (1992) *Successful school improvement: The implementation perspective and beyond*. Buckingham: Open University Press.
- Gageldonk, A. van, & Bartels, A. (1990). *Evaluatieonderzoek in de jeugdhulpverlening. deel 1: Resultaten van een overzichtsstudie*. Leiden: DSWO Press.
- Gezondheidsraad. (2000). *Van implementeren naar leren; het belang van tweerichtingsverkeer tussen praktijk en wetenschap in de gezondheidszorg*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gladwell, M., (2000) *The Tipping Point*. London: Little Brown and Company.
- Goldman, K. D. (2003). Planning for program diffusion: What health educators need to know. *Californian Journal of Health Promotion*, 1, 123-139.
- Graczyk, P. A., Domitrovich, C. E., Small, M., & Zins, J. E. (2006). Serving all children: An implementation model framework. *School Psychology Review*, 35, 266-274
- Gregory, A., Henry, D., & Schoeny, M. (2007). School climate and implementation of a preventive intervention. *American Journal of Community Psychology*, 40, 250-260.
- Groen, A., Ooms, H., & Loeffen, M. (2005). *Over professionalisering in de jeugdzorg*. Utrecht: Collegio.

- Grol, R. (1997). Beliefs and evidence in changing clinical practice. *British Medical Journal*, 315(7105), 418-422.
- Grol, R., & Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: Effective implementation of change in patients care. *Lancet (British Ed.)*, 362(9391), 1225-1230.
- Grol, R. & Wensing, M. (2006) *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg.
- Hays, S.C. (2002). Getting to dissemination. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 410-415.
- Higgitt, A., & Fonagy, P. (2002). Clinical effectiveness. *British Journal of Psychiatry*, 181, 170-174.
- Hulscher, M., Wensing, M., & Grol, R. (2000). *Effectieve implementatie: Theorieën en strategieën*. Nijmegen: Zorgonderzoek Nederland/WOK Research Universiteit Nijmegen en Universiteit Maastricht.
- Kitson, A., Harvey, G., & McCormack, B. (1998). Enabling the implementation of evidence based practice: A conceptual framework. *Quality and Safety in Health Care*, 7, 149-158.
- Konijn, C. (2003). *Internationaal overzicht effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Laan, P.H. van der. (2004). Over straffen, effectiviteit en erkenning. *Justitiële Verkenningen*, 30, 31-48.
- Margison, F. R., Barkham, M., Evans, C., McGrath, G., Mellor-Clark, J., Audin, K., et al. (2000). Measurement and psychotherapy. evidence-based practice and practice-based evidence. *British Journal of Psychiatry*, 177, 123-130.
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 21-25.
- Mihalic, S., Irwin, K., Fagan, A., Ballard, D., & Elliot, D. (2004, July). Successful program implementation: lessons from Blueprints. *Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Juvenile Justice Bulletin*, 1-11.
- Moulding, N. T., Silagy, C. A., & Weller, D. P. (1999). A framework for effective management of change in clinical practice: Dissemination and implementation of clinical practice guidelines. *Quality in Health Care*, 8, 177-183.
- Nutley, S., & Davies, H. T. O. (2000). Making a reality of evidence-based practice: Some lessons from

- the diffusion of innovations. *Public Money & Management*, 20, 35-42.
- Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A., & Haynes, R. B. (1995). No magic bullets: A systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *Canadian Medical Association Journal*, 153, 1423-1431.
- Rogers, E. M. (1995). *Diffusion of innovations* (4th ed.). New York: The Free Press.
- Prochaska J.O., & Di Clemente C.C., (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Veerman, J.W. (2005). *Een zorgevaluatiemodel als kader voor onderzoek in de praktijk van de Jeugdzorg*. Nijmegen: Radboud Universiteit/ Praktikon Onderzoek en Ontwikkeling
- Vlaar, P., Hattum, M. van, Dam, C. van, & Broeken, R. (2006) *Klaar voor de toekomst : een nieuwe beroepenstructuur voor de branches gehandicaptenzorg, jeugdzorg, kinderopvang en welzijn & maatschappelijke dienstverlening*. Utrecht: NIZW Beroepsontwikkeling
- Wensing, M., Weijden, T. van der. (1999) Implementatieonderzoek; veld en voorbeelden. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 77, 119-121.
- Woerkum, C. M. H. van (1998). Interactieve kennisontwikkeling en -benutting. *Sociale Interventie*, 7, 10-19.
- Woolston, J. L. (2005). Implementing evidence-based treatments in organizations. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1313-1316.
- Wetenschappelijke Raad Regeringsbeleid (2004) *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Yperen, T. van, (2003). *Gaandeweg. Werken aan de effectiviteit van de jeugdzorg*. Utrecht: Universiteit Utrecht/ NIZW.
- Yperen, T. van, (2004) *Innovatie de baas: Vernieuwingsprojecten in organisaties voor zorg en welzijn*. Utrecht: NIZW Jeugd/Universiteit Utrecht
- Yperen, T. van & Bakker, K. (2008) *Ontwikkeling en borging jeugdinterventies*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yperen, T. van, & Veerman, J.W. (eds.) (2008) *Zicht op effectiviteit: Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon Uitgeverij
- ZorgOnderzoek Nederland. (1998) *Met het oog op toepassing*. Den Haag: ZON