Clemens Hosman
Harrie Jonkman

# Werken aan publieke en maatschappelijke impact

## Werkzame elementen in preventieve opvoedinterventies

Deelrapport 4

# Werken aan publieke en maatschappelijke impact

## Werkzame elementen in preventieve opvoedinterventies

Een gemeenschappelijke taak van gemeenten, organisaties en professionals

### *Resultaten van het CIKEO-project*

*(Consortium Integratie Kennisbevordering Effectiviteit Opvoedonzekerheid-interventies)*

Clemens Hosman Hosman Prevention & Innovation Consultancy
Harrie Jonkman Verwey-Jonker Instituut

Met dank aan:
Wilma Jansen
Dafna Windhorst
Irene Fierloos
Hein Raat
ErasmusMC-Universitair Medisch Centrum Rotterdam

Erasmus Universiteit
Matty Crone
Krista van Mourik
Esther Joosse
Leids Universitair Medisch Centrum 2020

Utrecht, november 2020

# Inhoud


Het CIKEO-project 5

1 Van effect naar impact 7
1.1. Inleiding 7
1.2. Methode 9
1.3. Tot slot 10

2 Begrippen effect en impact: een conceptuele analyse 12
2.1. Inleiding 12
2.2. Effecten, keteneffecten en breedspectrum effecten 12
2.3. Effect en impact 14
2.4. Hoe zijn effect en impact gerelateerd? 15
2.5. Tot slot 15

3 Kennis over publieke impact van preventieve opvoed-interventies: een systematische literatuurstudie 16
3.1. Inleiding 16
3.2. Resultaten 16
3.3. Gebruik van combinaties van interventies 18
3.4. Tot slot 18

4 Beperkt gebruik en bereik van effectieve opvoedinterventies 19
4.1. Inleiding 19
4.2. Lokaal gebruik van erkende opvoedinterventies 19
4.3. Beperkt bereik 19
4.4. Selectief gebruik en bereik 19
4.5. Bieden online opvoedinterventies een oplossing? 20
4.6. Monitoring van bereik 22
4.7. Tot slot 22

5 Context van opvoedinterventies in gemeenten: participerende observaties en leerervaringen 23
5.1. Inleiding 23
5.2. Van interventies naar samengestelde programma's 23
5.3. Van pasklare interventies naar lokale programma's op basis van een ontwikkel- en groeiscenario 23
5.4. Meer aandacht voor ervaringskennis, burgerinitiatieven en pedagogische civil society 24
5.5. Wetenschappelijke input niet alleen vooraf en top down maar interactief en in het hele traject 24
5.6. Verbinden van opvoeding met sociale thema's 25
5.7. Ondersteunende rol van een factorenmodel voor de ontwikkeling van de jeugd 25
5.8. Wijkprogrammering als een kader voor werken aan impact 26
5.9. Scenario's om preventieve opvoedinterventies in programma's en samenleving te integreren 26
5.10. Vele stakeholders en aanbieders van opvoedinterventies 27
5.11. Monitoren van aanbod en bereik 27
5.12. Financieringsprobleem van preventie 27
5.13. Tot slot 28

6 Kennis over implementatie, bereik en impact 29
6.1. Inleiding 29
6.2. Input vanuit translationele wetenschap 29
6.3. Input vanuit preventiewetenschap 31
6.4. Input vanuit implementatie wetenschap 32
6.5. Input vanuit de collectieve impact benadering 33
6.6. Input vanuit expertisegebieden over bereik 34
6.7. Belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie en bereik 37
6.8. Posities van verschillende wetenschapsgebieden in het traject naar impact 38
6.9. Tot slot 38

7 Van analyse naar impact: IM-PACT model 40
7.1. Inleiding 40
7.2. IM-PACT model 42
7.3. Tot slot 43

8 Impactmanagement 44
8.1. Inleiding 44
8.2. Ontwikkelen van een strategisch model voor impactmanagement 45
8.3. Strategische ingangen voor verbeteren van impact: IM-PACT Management Model 46
8.4. Integrale aanpak: Combineren van strategieën 51
8.5. Tot slot 51

9 Conclusies 53
9.1. Inleiding 53
9.2. Beleid en praktijk 53
9.3. Scholing en nascholing 54
9.4. Onderzoek 54
9.5. Tot slot 54

Literatuur 55

CV's 59

Bijlage 61

# Het CIKEO-project

Opvoeding is essentieel bij het opgroeien van sociaal, mentaal en fysiek gezonde kinderen. In Nederland is een groeiend aanbod van opvoedinterventies ontstaan om ouders hierbij te ondersteunen. Het Consortium Integratie Kennisbevordering Effectiviteit Opvoedonzekerheid-interventies (CIKEO) is opgericht om te onderzoeken welke (delen van) interventies wanneer, bij wie en door wie het beste ingezet kunnen worden (https://www.cikeo.nl/). Vanuit samenwerking met praktijk, beleid en onderzoekinstellingen draagt het consortium bij aan het 'indikken' van de interventies in de databank effectieve jeugdinterventies (DEI) van het NJI die zich richten op opvoedonzekerheid en lichte problematiek.

De onderzoeksvragen van het CIKEO consortium waren:

1. Wat zijn de behoeften van de gebruikers en welke interventies t.a.v. opvoedonzekerheid worden er in Nederland uitgevoerd?
2. Welke 'werkzame factoren' zijn er binnen de opvoedinterventies op basis van de handleidingen/protocollen?
3. Wat zijn de effecten (en kosten) van interventies t.a.v. opvoedonzekerheid?
4. Wat is een "ingedikt" aanbod, op basis van de werkzame elementen, van interventies ten aanzien van opvoedonzekerheid (preventief en lichte problematiek)?
5. Hoe kan de 'publieke' impact van preventieve opvoedondersteuning worden gemaximaliseerd?

In de periode van 2017-2020 zijn binnen het CIKEO-project verschillende deelonderzoeken uitgevoerd om deze onderzoeksvragen te beantwoorden. Het LUMC heeft de kernelementen in de protocollen van geselecteerde interventies gecodeerd en heeft een internationale meta-analyse uitgevoerd naar de effectiviteit van kernelementen. Het Verwey Jonker Instituut heeft onderzoek gedaan naar de inzet en werkzaamheid van kernelementen via praktijkonderzoek onder ontwikkelaars, aanbieders, professionals, experts en ouders. Het Erasmus MC heeft een 'naturalistische effectevaluatie' uitgevoerd. In deze cohortstudie is een grote groep gezinnen (n=1118) gevolgd om te kijken hoe hun situatie zich in de praktijk heeft ontwikkeld. Hosman Prevention & Innovation Consultancy heeft in samenwerking met het Verwey-Jonker Instituut een documenten- en gebruikersonderzoek naar publieke impact uitgevoerd.

In de vier rapporten presenteren we de resultaten van het CIKEO-project. De eerste publicatie (*Overzicht, samenvatting en conclusies. Werkzame elementen in preventieve opvoedinterventies.*, Jonkman et al., 2020), is een algemeen overzicht van de gehele CIKEO-studie. Hier gaan we in op het belang van opvoeding en opvoedsteun, we laten zien welke vragen en behoeften er bij ouders zelf leven en wat we weten over determinanten (risicofactoren en beschermende factoren) op het terrein van opvoeding en waar mogelijkheden liggen om preventief te handelen. Er wordt ook ingegaan op werkzame elementen op het gebied van opvoeding, het onderwerp van deze studie. Daarnaast brengen we de verschillende perspectieven op werkzame elementen in de preventieve opvoedingsondersteuning samen. We blikken terug op de verschillende deelstudies en geven een samenvatting van de belangrijkste conclusies. Hoe kunnen organisaties, lokale overheden en professionals beslissingen nemen over de inzet van preventieve opvoedinterventies en hoe kan de kennis over werkzame elementen hen daarbij helpen? Deze uitgave vat samen wat we over werkzame elementen op het terrein van opvoeding weten en wat we niet weten. We laten zien hoe opleiding, scholing en nascholing met dit onderwerp kunnen omgaan. Tot slot doen we enkele suggesties voor toekomstig onderzoek. In de andere drie rapporten worden deze onderwerpen uitgewerkt.

In het tweede rapport (*Programma's, praktijk en professionals. Werkzame elementen in preventieve opvoedinterventies*, Crone et al., 2021) doen we verslag van een studie naar de werkzame elementen die terug te vinden zijn binnen preventieve opvoedinterventies die in Nederland worden gebruikt. Hier wordt ook een meta-analyse gepresenteerd naar welke werkzame elementen in preventieve opvoedinterventies er internationaal gebruikt worden en wat de effecten hiervan zijn. Ook de praktijk en professionals waren direct bij ons onderzoek betrokken. Ook daarover is in dit rapport te lezen. Met vragenlijst, interviews en focusgroepen hebben we professionals en interventieontwikkelaars bij ons onderzoek betrokken. Hoe kijken zij tegen deze elementen aan en waar maken zij met name gebruik van? Daarnaast hebben wij aanvullend met experts gesproken over het gebruik en de effecten van werkzame elementen. Met moderne elicitatie(schattings)technieken is beschreven hoe sterk de effecten van werkzame elementen volgens experts zijn. Zo kon een inschatting worden gemaakt van de effecten, ook van die waarover in de literatuur relatief weinig te vinden is.

De CIKEO publicatie (*Empirisch onderzoek naar opvoedonzekerheid en het gebruik van opvoedondersteuning. Werkzame elementen in preventieve opvoedinterventies,* Fierloos et al., 2020) is het derde rapport in de reeks. Om ook iets te kunnen zeggen over de toepassingen en effecten van werkzame elementen in Nederland, is binnen het CIKEO- consortium een cohortstudie uitgevoerd naar het gebruik van opvoedondersteuning in de dagelijkse praktijk van de Jeugdgezondheidszorg. De resultaten met betrekking tot opvoedonzekerheid, het gebruik van- en ervaringen met opvoedondersteuning worden gepresenteerd in deze publicatie.

Tot slot wordt in het vierde rapport dat nu voor u ligt (*Werken aan publieke en maatschappelijke impact. Werkzame elementen in preventieve opvoedinterventies*, Hosman & Jonkman, 2020) ingegaan op de invoering en de publieke en maatschappelijk invloed van preventieve opvoedinterventies. Het CIKEO consortium was zich er vanaf het begin van bewust dat het succes van preventieve opvoedondersteuning niet alleen tot stand komt in de relatie tussen professional, ouders en kinderen. Gemeenten hebben tot taak de kwaliteit van opvoeding en de ontwikkelingskansen van alle jeugdigen in hun gemeente te bevorderen. Voor het succes van deze publieke taak is niet alleen inzicht nodig in de werkzame factoren binnen de individuele contacten van professionals met ouders en kinderen. Er is ook inzicht nodig in wat de werkzame processen en factoren zijn bij het realiseren van de gemeentelijk beleidsdoelen rond opvoeding en ontwikkeling binnen de populatie van ouders en jeugdigen als geheel. Hoe kunnen gemeenten en hun lokale partners deze publieke en maatschappelijke impact realiseren? In het vierde rapport worden de bevindingen van deze deelstudie gepresenteerd, uitmondend in het IM-PACT model en het IM-PACT Management model.

# 1 Van effect naar impact

## 1.1. Inleiding

In de voorgaande delen van het CIKEO eindrapport is de vraag beantwoord welke effectieve opvoedinterventies er beschikbaar zijn, wat over hun effecten bekend is en wat de werkzame elementen van deze interventies zijn bij ouders, gezinnen en kinderen. Het startpunt van dit vierde deelrapport is de vraag: hoe kunnen we met gebruik van werkzame opvoedinterventies publieke en maatschappelijke impact realiseren in de lokale populatie van ouders en jeugdigen? Waardoor wordt deze impact bepaald? Hoe bereiken we ouders met deze interventies? Hoe organiseren gemeenten en hun lokale partners het aanbod en de implementatie van opvoedinterventiesom om daarmee een zo positief en groot mogelijke publieke impact te realiseren. Welke kennis en analyses hebben zij daarvoor nodig? Het werken aan deze impact is een publieke taak van gemeenten en publieke voorzieningen. Zij kunnen deze taak alleen succesvol uitvoeren middels samenwerking met de diverse lokale organisaties die een rol spelen bij de ontwikkeling van jeugdigen.

De CIKEO studie gaat over opvoedvoorlichting bij 'opvoedvragen van ouders en lichte opvoed-problematiek', dus over opvoedinterventies met een preventieve insteek. We hanteren hierna kortweg de term *preventieve opvoedinterventies*. Het doel van preventieve opvoedinterventies is bij te dragen aan het voorkómen van ernstige opvoedproblemen in de samenleving en daarmee samenhangende emotionele en sociale problemen en ontwikkelings- en toekomstkansen van kinderen, adolescenten en jongvolwassenen. Uiteindelijk heeft preventie als publieke taak tot doel preventieve ambities bevolkingsbreed te realiseren, dus binnen de populatie van ouders en jeugdigen als geheel. Deze ambitie weerspiegelt zich in de termen *publieke impact* en *maatschappelijke impact*. Systematische inspanningen van gemeenten en hun lokale partners om deze impact te verbeteren vereisen inzicht in impact management waaraan we in dit rapport ruim aandacht besteden, resulterend in een ondersteunend impact management model.

De veranderende wetgeving rond de jeugdzorg en de transitie van de verantwoordelijkheid hiervoor naar de gemeenten, hebben gezorgd voor complexe uitdagingen voor gemeenten en een zware druk op de budgetten van gemeenten (Brief VNG, 20 maart 2020). Gegevens van het Nji en CBS laten een stijgende vraag naar jeugdzorg zien (zie Nji.nl; CBS 2019) en toenemende wachtlijsten. Gemeentes zoeken naar oplossingen enerzijds via preventie en het versterken van mogelijkheden voor vroegsignalering en vroeghulp binnen sociale wijkteams, eerste lijn en JGZ, en anderzijds via betere selectie bij doorverwijzing naar de gespecialiseerde jeugdzorg, samenwerking met andere gemeenten en verbetering van randvoorwaarden (VNG 2020). De aanname is dat investeren in vroegsignalering en vroeghulp (geïndiceerde preventie) en het versterken van brede opvoededucatie en ondersteuning bij lichte opvoedvragen vooral bij kwetsbare groepen gemeenten mogelijkheden bieden om de omvang van opvoedproblematiek en gerelateerde jeugdproblematiek te verminderen en de stijgende vraag naar jeugdzorg significant terug te dringen.

In de toekomst zal daarom meer inzicht nodig zijn in de specifieke relatie tussen investeringen in effectieve preventie en de verwachte afname van de vraag naar gespecialiseerde jeugdzorg. Simpel gesteld, leidt meer preventie tot een daling van de druk op de jeugdzorg moet?

Aan de ontwikkeling van effectieve preventieve opvoedinterventies is al meer dan 50 jaar gewerkt (IOM rapporten 1994, 2009). Dit heeft geresulteerd in de internationale beschikbaarheid van een groot aantal werkzame opvoedinterventies, ook in Nederland (zie CIKEO-deelrapport 1, Jonkman et al., 2020 en

Databank Effectieve Interventies van Nji). Deze beschikbaarheid heeft echter niet geleid tot een daling van de jeugdproblematiek en een daling in de vraag naar jeugdzorg. Het contrast tussen de beschikbaarheid van werkzame preventieve interventies en het uitblijven van zichtbare preventieve effecten daarvan op bevolkingsniveau is een internationaal vraagstuk (Fagan et a. 2019, Dodge 2020). Algemeen wordt geconstateerd dat bewezen-effectieve interventies in de samenleving nog slechts op kleine schaal worden gebruikt, een beperkt maatschappelijk bereik hebben met als gevolg geen of slechts een marginale publieke impact. Ook voor werkzame preventieve opvoedinterventies wordt dezelfde conclusie getrokken, ook hier is het gebruik en bereik in de samenleving nog beperkt (Hickey et al 2018; Guastaferro et al 2020), in het bijzonder binnen de populatie van gezinnen met een laag inkomen (Lakind et al 2018).

Voor deze beperkte publieke impact zijn uiteenlopende en vele verklaringen mogelijk. Het CIKEO consortium onderzoek is geïnitieerd vanuit de behoefte het gebruik en de effectiviteit van opvoedinterventies in de praktijk te verbeteren, onder meer door het 'indikken' van het omvangrijke aanbod aan werkzame opvoedinterventies. De onderliggende *assumptie* is: wanneer we het beste dat er is aan opvoedinterventies combineren tot een beperkter, effectiever en meer overzichtelijk aanbod zal de effectiviteit van het beleid en de praktijk toenemen, het gebruik moet verbreed en de implementatie van deze interventies vergemakkelijkt worden. Uiteindelijk zal hierdoor, zo gaat de assumptie verder, de omvang van ernstige opvoed- en jeugdproblematiek in de samenleving afnemen en daardoor ook de vraag naar gespecialiseerde jeugdzorg. Kennis van de bewezen werkzame kernelementen in deze interventies biedt professionals in de praktijk een handvat voor het verhogen van de kwaliteit van hun handelen en het bieden van preventieve opvoedondersteuning 'op maat' met behoud van effectiviteit, dus beter afgestemd op de behoeften, cultuur en mogelijkheden van ouders en gezinnen. Om publieke en maatschappelijke impact te realiseren moet tegelijkertijd het perspectief verbreed worden en is een breder spectrum aan strategieën voor impactmanagement nodig.

Hoewel de CIKEO studie specifiek over preventieve opvoedinterventies gaat, zullen wij in dit hoofdstuk regelmatig in bredere zin ingaan op kennis en inzichten over effectiviteit, gebruik, bereik en impact binnen het preventiedomein. De reden is dat de hiervoor besproken vraagstukken niet specifiek zijn voor het terrein van preventieve opvoedinterventies. Het zijn de afgelopen 10 à 20 jaar belangrijke vraagstukken geworden binnen verschillende disciplines en op een groot aantal terreinen van preventie. In dit rapport inventariseren we deze kennis, inzichten en perspectieven en we trachten dit te integreren tot een samenhangend, transparant en bruikbaar geheel van kenniselementen, dat in gemeenten ingezet kan worden om de publieke en maatschappelijke impact van opvoedinterventies te vergroten.

De doelen van dit onderzoekdeel zijn:

1. Het in kaart brengen van de beschikbare wetenschappelijke kennis over de publieke impact van erkende preventieve opvoedinterventies.

2. Een conceptuele verkenning van het begrip *impact* in relatie tot andere effectbegrippen.

3. Inzicht verwerven in de fasen en opgaven binnen het proces vanaf de analyse van problemen tot aan het realiseren van publieke en maatschappelijke impact middels de implementatie van werkzame preventieve opvoedinterventies en kernelementen daarvan.

4. Inzicht verwerven in faciliterende en belemmerende factoren die daarop van invloed zijn.

5. Het inventariseren en beschrijven van strategieën die gemeenten en hun lokale partners kunnen gebruiken voor impact management, dus voor het maximaliseren van de impact van dat beleid.

Vanuit de verworven kennis hebben we conceptuele modellen en referentiekaders ontwikkeld die ondersteunend kunnen zijn voor gemeentelijke beleidsmakers, lokale organisaties en professionals die willen inzetten op een grotere publieke en maatschappelijke impact van preventieve opvoedinterventies. Ze kunnen ook gebruikt worden bij (na)scholing en deskundigheidsbevordering van medewerkers van lokale overheden en lokale organisaties en professionals.

## 1.2. Methode

Dit is een conceptuele studie over het begrip 'impact' binnen het domein van de preventieve gezondheidszorg en de vraag over hoe impact via preventieve interventies gerealiseerd kan worden. Ze gaat in op de conceptuele relaties tussen impact en diverse andere effectbegrippen, over het proces van probleemanalyse tot aan het realiseren van publieke impact en op de factoren die daarop van invloed zijn. Het realiseren van publieke en maatschappelijke impact via preventieve interventies is complex. Deze studie beoogt daarin helderheid te bieden via een kritische reflectie op wat diverse wetenschappen hierover aan concepten, inzichten en modellen te bieden hebben en te investeren in kennisintegratie. Op basis van deze input presenteren we een integraal conceptueel kader voor impact management ten behoeve van preventieve opvoededucatie en -ondersteuning. In methodologische zin kan deze studie als een kritische review studie beschouwd worden (Grant et al. 2009; Paré et al 2015).

In dit deel van het CIKEO onderzoek zijn meerdere onderzoeksmethoden en technieken gebruikt, waaronder systematische literatuurstudies, conceptuele analyses, en participerende observatie en enkele verkennende interviews. Er zijn kennisanalyses uitgevoerd op basis van 15 systematische literatuursearches over de centrale thema's uit dit deelonderzoek. Deze thema's betreffen:

- Publieke impact van preventieve opvoedinterventies.
- Online-opvoedinterventies.
- Translationeel onderzoek en translationele wetenschap.
- Kennisintegratie.
- Modellen van implementatie, disseminatie en adoptie.
- Disseminatiestrategieën.
- Implementatiestrategieën.
- Bereik, opschaling en social marketing.
- Typologieën van effecten.
- Impact (publieke impact, populatie-effecten, community impact).
- Collectieve impact.
- Complexe interventies en programma's in preventie (integrative, multilayered, combined, comprehensive).
- Effect en impact van het Communities-that-Care programma;

Hierbij is gebruik gemaakt van de zoeksystemen PUBMED en Web of Sciences, soms aangevuld met searches in PsycInfo. De searches werden beperkt tot wetenschappelijke publicaties verschenen gedurende de laatste 10 jaar. Er is met name gezocht naar internationale overzichtsstudies, conceptuele studies en studies waarin relevante theoretische modellen en referentiekaders beschreven en verantwoord worden. Er is naar gestreefd om wetenschappelijke kennis en inzichten over de totstandkoming van 'impact' te verzamelen vanuit uiteenlopende perspectieven en disciplines.

De conceptuele analyses die in dit deel van het CIKEO onderzoek zijn uitgevoerd hebben primair betrekking op de ontwikkeling van een helder en noodzakelijk begrippenkader dat nodig is voor (1) het kunnen begrijpen wat 'impact' is en hoe impact onderverdeeld kan worden, (2) het verhelderen van de verschillen tussen 'impact' en andere effectbegrippen, (3) het kunnen bestuderen van de processen en factoren die impact van invloed zijn, en (4) het ontwikkelen van een strategisch kader voor impact management. We hebben deze analyses toegespitst op de publieke en maatschappelijke impact van preventieve opvoedinterventies (hierna kortweg: opvoededucatie of opvoedinterventies genoemd). Omdat deze invalshoek bij opvoededucatie nog beperkt ontwikkeld blijkt, hebben we ons ook breder verdiept in de concepten impact, impact management en gerelateerde begrippen binnen het gebied van preventie in het algemeen. Deze

deelstudie is daarom bedoeld als een essentiële aanvulling op de overige empirische en analytische CIKEO-studies naar opvoedinterventies, de effecten en kernelementen daarvan.

Om in deze studie ook input te betrekken vanuit de dagelijkse werkelijkheid van beleid en praktijk van opvoededucatie en jeugdgerichte preventie is op bescheiden schaal gebruik gemaakt van een vrije vorm *participerende observatie en van interviews* met een instellingsmanager, programmaleider van een GGD en een coördinator van een academische werkplaats. De beide auteurs van dit rapport hebben meer dan 10 jaar geparticipeerd aan werkgroepen en projecten betreffende de ontwikkeling en implementatie van gemeentelijk jeugdbeleid en volksgezondheidsbeleid. Veel van deze werkgroepen en projecten waren gelokaliseerd in de gemeente Rotterdam of wijken daarbinnen maar betroffen ook andere gemeenten, zowel een middelgrote stad als kleinere gemeenten in Nederland, maar ook daarbuiten. Over deze thema's zijn door de auteurs in meerdere gemeenten lezingen en workshops gegeven die gepaard gingen met discussies met praktijkwerkers, ervaringsdeskundigen, managers, beleidsmakers, wethouders en financiers. We hebben gebruik kunnen maken van een lange reeks van directe observaties en ervaringen in contacten met uiteenlopende lokale stakeholders, notulen van bijeenkomsten, eigen observaties en notities, en actieve participatie aan discussies over thema's direct gerelateerd aan het hoofdthema van het CIKEO onderzoek. Waar relevant hebben we ook gebruik gemaakt van informatie geboden op websites van gemeenten en lokale organisaties. Waar mogelijk is tevens gebruik gemaakt van bevindingen uit onderzoek in de andere deelstudies van het CIKEO consortium.

Als betrokken wetenschappers hebben we uit deze observaties en ervaringen relevante input voor deze studie gedestilleerd en hierover onderling kritisch gereflecteerd, geleid door de volgende *onderzoeksvragen*:

- In hoeverre en hoe wordt door gemeentelijke beleidsmakers, vertegenwoordigers van lokale organisaties, lokale jeugdgerichte werkgroepen gewerkt aan 'publieke en maatschappelijke impact' rond 'opgroeien en opvoeden' en gerelateerde thema's? Hoe wordt daarbij lokaal samengewerkt?

- Wat zijn bevorderende en belemmerende factoren voor de adoptie, implementatie en verspreiding van landelijk erkende opvoedinterventies? Wie hebben daar invloed op?

- Hoe wordt gebruik gemaakt van erkende preventieve interventies (databank Nji) en kennis over hun effectiviteit en werkzame kernelementen? Hoe verhouden zich erkende preventieve interventies tot bredere gemeentelijke programma's?

## 1.3. Tot slot

In dit hoofdstuk hebben we het doel, de vraagstellingen en de onderzoeksmethoden van dit vierde deelrapport van het CIKEO consortium toegelicht: de mogelijkheden om met werkzame opvoedinterventies ook positieve effecten (impact) op bevolkingsniveau te realiseren. We hebben benadrukt dat het niet alleen belangrijk is opvoedinterventies steeds effectiever te maken binnen de individuele contacten tussen professionals en ouders. Gemeenten hebben ook een publieke taak, namelijk het bevorderen van de positieve ontwikkeling van de jeugdigen in hun gemeenten. Het verbeteren en versterken van de kwaliteit van de opvoeding is daarbij een van de strategische beleidsdoelen. Daarvoor kunnen werkzame opvoedinterventies ingezet worden. Dit succesvol doen, dus daarmee grote groepen ouders in de gemeente bereiken en gemeentebreed aantoonbare verbeteringen in de opvoedkwaliteit realiseren, is een complexe uitdaging. We hebben de onderzoeksmethoden beschreven waarlangs we kennis verzameld hebben om inzicht te ontwikkelen in hoe we deze uitdaging succesvol zouden kunnen aanpakken. In de volgende hoofdstukken gaan we eerst in op de vraag wat we precies bedoelen met publieke en maatschappelijke

impact en welke kennis er is over weten over het huidige bereik en de impact van opvoedinterventies. In de latere hoofdstukken werken we stapsgewijs toe naar een ondersteunend model voor gemeenten en hun lokale partners bij hun taak om het lokale gebruik, bereik en de publieke en maatschappelijke impact van preventieve opvoedinterventies te maximaliseren.

# 2 Begrippen effect en impact: een conceptuele analyse

## 2.1. Inleiding

Werken aan een betere kwaliteit van opvoeding en het verminderen van opvoedproblemen in de populatie van ouders en jeugdigen in gemeenten en via effectieve opvoedinterventies vereist inzicht in wat de begrippen 'effect' en 'impact' inhouden en hoe deze gerelateerd zijn. Daarvoor is het allereerst nodig een onderscheid te maken tussen verschillende typen van effectbegrippen. Een helder begrippenkader is een eerste stap op weg naar succesvol management van opvoededucatie met een grote maatschappelijke impact.

In de lange geschiedenis van onderzoek naar het effect van preventieve interventies en opvoedinterventies zijn diverse effectbegrippen onderscheiden (Hosman, Price & Bosma, 1988). Klassiek is het onderscheid tussen experimenteel aangetoonde effecten onder gecontroleerde omstandigheden (werkzaamheid, 'efficacy') en de effectiviteit van werkzame interventies in de dagelijkse praktijk ('effectiveness'). In de praktijk gelden minder ideale omstandigheden. Zo kan de kwaliteit van de uitvoering minder zijn wanneer professionals vanwege praktische omstandigheden (bv. tijdsdruk, kosten) of vanwege eigen visies afwijken van een erkend interventieprotocol. Zij kunnen onvoldoende kennis hebben van de kernelementen van een interventie of onvoldoende getraind zijn in het uitvoeren van de interventie.

Een ander bekend onderscheid is het verschil tussen korte en lange termijn effecten en tussen intermediaire en eindeffecten. In effectonderzoek wordt nog vaak in vrij algemene termen over effect en effectiviteit gesproken. Voor de verdere ontwikkeling van effectieve preventie, inclusief effectieve opvoededucatie en de publieke impact daarvan, is het nodig dat we hierbij een meer genuanceerd systeem van effectbegrippen gebruiken. In dit hoofdstuk lichten we de argumenten daarvoor toe.

## 2.2. Effecten, keteneffecten en breedspectrum effecten

In Figuur 2.1 presenteren we een overzicht van verschillende soorten van effectbegrippen. Deze begrippen zijn ingedeeld naar 10 dimensies: inhoudelijk, grootte, aantal en breedte (effectspectrum), effect bij wie, tijd & volgorde, doel, waarde en kosten, combinaties, functie en impact.

**Tabel 2.1** Overzicht van effect en impact begrippen

| Dimensie | Begrippen | Omschrijving |
|---|---|---|
| **Inhoudelijk** | Gedrags-, gezondheids-, mentale, lichamelijke, sociale, omgevings- en economische effecten | Het inhoudelijk gebied (factor, domein, sector) waarop een effect betrekking heeft. |
| **Grootte** | Significant effect | Effect groter dan kans (p<.05, .01, .001). |
| | Effectgrootte | Sterkte van een effect: klein, matig, groot (effect size, odds ratio, effect percentage). |
| | Incrementele effecten | Kleine opeenvolgende effecten. |
| | Transformatieve effecten | Grote ingrijpende effecten binnen een beperkte periode |
| **Aantal** | Enkelvoudig effect | Effect aangetoond op één variabele of criterium |
| | Breedspectrum effect | Aantal effecten op verschillende inhoudelijke gebieden (factoren, domeinen, sectoren). Hiermee kan de maatschappelijke impact zichtbaar worden gemaakt. |
| **Bij wie?** | Effect (deelnemers) | Effect gemeten bij deelnemers of blootgestelden, in onderzoek (efficacy) vs. in de praktijk (effectiveness). |
| | Publieke impact (populatie) | Effect gemeten op niveau van een populatie, populatiesegment of bij kwetsbare groepen. |
| | 'Spillover' effect (omgeving) | Indirect effect van een interventie op personen die niet aan een interventie hebben deelgenomen. Dus een keteneffect: preventieve effecten bij deelnemers kunnen preventieve effecten te weeg brengen bij mensen in hun omgeving. |
| | Differentieel effect Differentiële impact | Verschil in effect of impact tussen deelnemers of tussen doelgroep- of populatiesegmenten met verschillende individuele of sociale kenmerken. |
| **Tijd volgorde** | Korte, middellange en lange termijn effecten | Effect bereikt binnen bv. 3 maanden na start of einde interventie, binnen 12 maanden of binnen 3 tot 5 jaar. |
| | Effectduur (duurzaamheid | Aantal weken, maanden of jaren dat effect blijft bestaan |
| | Sleeper effect | Effect wordt pas op langere termijn zichtbaar. |
| | Directe effecten Indirecte effecten | Effecten als direct gevolg van blootstelling aan een interventie óf later ontstaan onder invloed van de directe effecten (indirect). Indirecte effecten kunnen beoogde eindeffecten zijn of neveneffecten. |
| | Tusseneffecten | Interventie-effecten die een mediërende rol vervullen tussen interventie en het bereiken van een eindeffect. |
| | Eindeffecten | Effecten overeenkomend met een beoogd einddoel. |
| | Effectketen | Keten van opeenvolgende effecten tussen directe effecten en effecten op langere termijn (bv. 2 of 15 jr). |
| **Doel** | Beoogde effecten Niet-beoogde effecten | Effecten die wel/niet overeenkomen met vooraf gestelde tussen- of einddoelen. Niet-beoogde effecten worden ook wel neven- of secundaire effecten genoemd. Deze kunnen gunstig of ongunstig zijn. |
| **Waarden en kosten** | Relevantie van effecten | Mate waarin effecten overeenkomen met behoeften, waarden of doelen van stakeholders. |
| | Positieve/negatieve effecten | Mate waarin effecten overeenkomen of tegengesteld zijn aan behoeften, waarden of doelen van stakeholders |
| | Additieve effect | Toegevoegde waarde t.o.v. bestaande praktijk. |
| | Kosteneffectiviteit | Mate waarin een interventie een gunstiger kosten-effect verhouding heeft in vergelijking tot andere interventies |
| | Baten-kosten ratio (interventie) | Verhouding tussen de baten en de kosten van een interventie. |
| | Baten-kosten ratio (publieke/maatschappelijke impact) | Verhouding tussen baten en kosten van een interventie, programma of beleid berekend over een doelpopulatie (Dodge 2020). |
| | Return of Investment (ROI) | Wanneer effecten (baten) van een interventie in economische termen vertaald kunnen worden, geeft ROI weer hoeveel een interventie gemiddeld aan euro's oplevert per geïnvesteerde euro (kosten) |
| **Combinatie** | Cumulatief effect | Gesommeerde effect van meerdere interventies |
| | Interactie effect | Extra effect door combineren van 2 interventies |
| **Functie** | Voorwaardelijke effecten | Effecten in het realiseren van structurele voorwaarden voor de implementatie van werkzame interventies. |

| | | |
|---|---|---|
| **Impact** | Publieke impact | Effect uitgedrukt in percentage van een doelpopulatie waarbij een interventie, programma of beleid aantoonbaar een beoogd effect heeft gerealiseerd (ook populatie-effect genoemd) |
| | Maatschappelijke impact | Het geheel van maatschappelijke voordelen dat een interventie, programma of beleid aantoonbaar heeft opgeleverd. Dus een combinatie van effectgroottes, effectketens, effectenspectrum, publieke impact en de ervaren relevantie daarvan door stakeholders gezien hun doelen, waarden en belangen. |
| | Collectieve impact | De publieke en maatschappelijke impact van het gezamenlijk aanbod aan interventies en programma's vanuit samenwerkende organisaties gericht op zelfde doel en werkend vanuit een gezamenlijke strategie en ondersteund door een gezamenlijke regie. |

Het begrip 'effect' dat het meest aansluit bij dit CIKEO onderzoek over opvoedinterventies is de omschrijving: effect is de mate waarin de doelen van een interventie aantoonbaar bereikt zijn als gevolg van deelname aan de interventie. Wanneer dit het geval is en het bewijs daarvoor overtuigend is, dan spreken we van effectieve of 'evidence-based' interventies. Een bredere definitie van effect luidt: het geheel van gevolgen die aantoonbaar door een interventie te weeg gebracht zijn. Dit kunnen naast de direct beoogde hoofdeffecten (meer opvoedvaardigheden, betere opvoedkwaliteit) ook bedoelde of onbedoelde 'neveneffecten' zijn of lange termijn keteneffecten met een hoge maatschappelijke relevantie. Deze onbedoelde effecten kunnen gunstig of juist ongunstig zijn.

Lange termijn effectketens en breedspectrumeffecten van opvoeding kunnen zich uitstrekken over meerdere maatschappelijke sectoren en meerdere gemeentelijke beleidssectoren (bv. veiligheid, schoolresultaten, gezondheid, burgerschap). Het is belangrijk om deze breedte van effecten te onderkennen, bewijs daarvoor aan te voeren en zichtbaar te maken. Op deze wijze kan aan het begrip 'maatschappelijke impact' van opvoededucatie een veel bredere invulling gegeven worden dan puur de verbetering van opvoedkwaliteit binnen een populatie van ouders. Het is juist deze potentiële breedspectrum impact die kan zorgen voor een breed maatschappelijk draagvlak voor opvoededucatie en voor een structurele investering daarin. Stakeholders kunnen opvoededucatie steunen omdat hun belangen aansluiten bij één van de gevolgen van opvoedkwaliteit en niet rechtstreeks bij een betere kwaliteit van het opvoeden zelf. Dit kan relevant zijn bij het verwerven van sociale impact investment door bedrijven, fondsen of justitie.

## 2.3. Effect en impact

In effectonderzoek bij preventieve interventies wordt 'effect' primair opgevat als de aangetoonde effecten bij deelnemers of blootgestelden aan een interventie vergeleken met scores binnen controlegroepen. Gemeenten, publieke organisaties en andere maatschappelijke stakeholders zijn steeds meer geïnteresseerd in de mate waarin preventieve interventies in staat zijn belangrijke gezondheids- en sociale problemen in de samenleving te verminderen. Dit geldt ook voor het gebied van opvoeding. Daarmee verschuift de aandacht van effecten bij deelnemers naar de mogelijkheid effecten te realiseren op het niveau van de lokale samenleving als geheel of binnen bepaalde bevolkingssegmenten (bv. jeugdigen) of bij kwetsbare bevolkingsgroepen.

Bij *publieke impact* gaat het om de vraag bij welk deel van een doelpopulatie een beoogd effect gerealiseerd is. Hoe groter het deel van de doelpopulatie van ouders en gezinnen waarbij opvoedvaardigheden en opvoedkwaliteit verbeterd is door effectieve interventies, hoe groter hun publieke effect. Bij *maatschappelijke impact* gaat het niet alleen over publieke impact (percentages van de doelpopulatie) maar ook over het effectspectrum, dus de breedte aan gevolgen en hun relevantie voor diverse stakeholders en voor de samenleving als geheel. Deze relevantie kan ook andere maatschappelijke gebieden dan opvoeding betreffen, zoals de volksgezondheid, sociaal welzijn, sociale cohesie, onderwijs, arbeid, veiligheid en economie.

## 2.4. Hoe zijn effect en impact gerelateerd?

Publieke impact van opvoedinterventies is van een reeks van factoren afhankelijk. De eerste factor is uiteraard de bewezen werkzaamheid en effectgrootte van de interventies die in de praktijk worden aangeboden. De tweede factor is het gebruik van interventies door lokale organisaties en professionals. Hier speelt dus de mate waarin deze interventies door lokale organisaties geadopteerd worden, de frequentie en duur waarmee ze worden aangeboden en de kwaliteit waarmee ze in de praktijk worden uitgevoerd. De derde factor die de publieke impact bepaalt is het uiteindelijke maatschappelijk bereik van interventies binnen de doelpopulatie. Een zeer werkzame interventie die hoogwaardig wordt geïmplementeerd maar slechts enkele procenten van de doelpopulatie bereikt zal uiteindelijk geen of slechts een marginale publieke impact opleveren.

De publieke impact van een interventie is dus naast het effect en het gebruik van interventies door aanbieders ook afhankelijk het maatschappelijk bereik, het aantal mensen uit de beoogde populatie of doelgroep die daadwerkelijk bereikt wordt en participeert. In de hierna volgende paragrafen zullen de processen en factoren besproken worden die op dit bereik van invloed zijn. Het publieke bereik kan beperkt worden door problemen bij de verspreiding en het opschalen van een interventie, de adoptie ervan door praktijkorganisaties en professionals of door structurele belemmeringen voor implementatie (gebruik), zoals bijvoorbeeld het ontbreken van structurele financiering, capaciteit of expertise die voor implementatie nodig is.

Samenvattend, kunnen we daarmee een eerste basisformule voor publieke impact formuleren:

**Publieke impact** = $f$ [bewezen effect, gebruik, bereik]

## 2.5. Tot slot

In dit hoofdstuk hebben we gepleit voor het gebruiken van een meer genuanceerd begrippenkader bij het werken aan meer effect en impact in de praktijk en het beleid rond opvoedingsvoorlichting. In Figuur 2.1 hebben we de een reeks effect en impact begrippen gepresenteerd en gedefinieerd, onderscheiden op 10 dimensies. We hebben ook de relatie tussen de begrippen effect en impact toegelicht en het verschil tussen publieke impact en maatschappelijke impact. Tot slot, is een eerste formule geboden waarin gedefinieerd wordt dat impact een functie is van bewezen effecten, gebruik van interventies en hun publieke bereik. In het volgende hoofdstuk bespreken we wat op dit moment uit onderzoek weten over de mogelijkheid om met behulp van preventieve opvoedinterventies en -programma's publieke impact op opvoeding en gerelateerde thema's te realiseren.

# 3 Kennis over publieke impact van preventieve opvoedinterventies: een systematische literatuurstudie

## 3.1. Inleiding

*"Wat weten we uit wetenschappelijk onderzoek over de maatschappelijke impact van preventieve opvoedinterventies?".*

Om deze vraag te beantwoorden is een systematische literatuursearch uitgevoerd in PubMed en Web of Science naar empirische studies over de impact van preventieve opvoedinterventies op populaties van ouders en hun kinderen of op specifieke risicopopulaties daarbinnen. Hierbij zijn de volgende zoektermen gebruikt: (parenting program* OR parenting intervention* OR parenting education) AND (public impact OR population impact OR community impact OR public health OR collective impact). De search werd beperkt tot Engelstalige artikelen in peer-reviewed tijdschriften. In eerste instantie werd een search uitgevoerd over publicaties verschenen in de periode van 2007 tot februari 2017. In februari 2020 is update hiervan uitgevoerd over de periode van maart 2017 tot februari 2020.

Bij de selectie van relevante artikelen werden de volgende inclusiecriteria gehanteerd:

1. Opvoedinterventies met een preventief karakter (universeel, selectief of geïndiceerd).
2. Een gecontroleerde effectstudie.
3. De effectmeting is uitgevoerd bij een populatie of risicopopulatie van ouders of bij een representatieve steekproef daarvan. Resultaten van cluster-randomiseerde community studies met een N>500 werden als indicatief voor een populatie-effect beschouwd wanneer de gerandomiseerde eenheden wijken, scholen, gezondheidscentra of regio's betroffen.
4. Studies uitgevoerd in landen die cultureel-economisch vergelijkbaar met zijn met Nederland.

De resultaten van de searches zijn onafhankelijk door de beide auteurs van dit rapport op relevantie gescreend met behulp van deze bovenstaande selectiecriteria. In gevallen van een verschillend oordeel werd over de inclusie of exclusie van een studie overleg gepleegd tussen beide onderzoekers totdat overeenstemming werd bereikt. Uiteindelijk is over 13 studies het oordeel uitgesproken dat zij aan alle selectiecriteria voldoen. Deze studies vormen de basis van onze analyse over empirische kennis met betrekking tot de publieke impact van preventieve opvoedinterventies. De studies zijn samengevat in tabel 3.1 op pagina 61.

## 3.2. Resultaten

Bij één studie (Marryat et al. 2017) is sprake van dusdanige methodologische tekorten dat ernstige twijfels bestaan over de validiteit van de gevonden resultaten (zie commentaar Sanders et al. 2019). Om deze reden hebben we besloten deze niet bij onze analyse te betrekken.

Van de resterende 12 studies maakten 6 studies (50%) gebruik van een cluster-gerandomiseerd design waarbij regio's, scholen en gezondheidscentra werden gerandomiseerd (studies 3, 4, 7, 8, 9, 11). In 3 studies werd een quasi-experimenteel design gebruikt waarbij stadsgebieden, wijken of regio's na matching vergeleken werden (studies 2, 10 en 13). Twee studies maakten gebruik van een voormeting – nameting design (studies 6 en 8), waarbij in

één studie vergelijkingen gemaakt werden met landelijke normatieve cijfers (studie 6). Tenslotte werd in studie 1 voor de samenstelling van de experimentele populatie en de controlepopulatie gebruik gemaakt van vergelijkbare gestratificeerde samples van zwangere en postnatale moeders.

In 75% van de 12 studies werden de populatie effecten van het Triple P programma onderzocht, waarbij in 5 studies Triple P de enige onderzochte interventie was en in 3 studies Triple P een onderdeel vormde van het lokale aanbod of expliciet in combinatie met een andere interventie (PATH, studie 9) werd aangeboden. In de overige studies ging het om het aanbod van een Kit van informatie boekjes over opvoeding (studie 1), het programma Better Beginnings, Better Future (BBBF) (studie 10) en groepsinterventies in combinatie met coaching thuis voor zwangere en postnatale moeders (studie 11).

In 9 studies (75%) werden positieve effecten gevonden die beschouwd kunnen worden als een indicatie voor publieke impact. In 2 van deze studies (9 en 11) waren de resultaten gemengd, dat wil zeggen dat slechts op een deel van de effectcriteria positieve effecten gevonden werden en op andere criteria geen effect. In twee studies werd geen publieke impact van Triple P gevonden (studie 4 en studie 9). Van de 12 studies betreft één studie een experimentele, longitudinale economische evaluatie studie. Hieruit bleek dat het BBBF programma over een de periode van 4-18 jaar per kind gemiddeld Can$ 6.331 aan kostenbesparing opleverde en een return of investment van 2.50.

Uit onze systematische literatuursearch kan allereerst geconcludeerd worden dat het aantal studies naar effecten op populaties van ouders, gezinnen en kinderen nog vrij beperkt is. We vonden slechts 13 studies waarvan tenminste 1 studie met grote methodologische problemen, en 9 studies gingen over hetzelfde programma (Triple P). De studies verschillen in leeftijdsgroep van de kinderen van de participerende ouders ( alle leeftijden; 1-4 jr, 3-5 jr, 4-8 jr, 7-8 jr, 8-13 jr). Bovendien verschilden studies sterk in de soort effectindicatoren die zijn toegepast. De studies laten qua effectiviteit een wisselend beeld zien, in de zin in dat slechts op een deel van de indicatoren effect gevonden werd en op andere niet, of dat effecten alleen bij specifieke subgroepen gevonden werden. Een sterk punt van deze groep studies is dat zij in 8 verschillende landen zijn uitgevoerd.

Gezien het beperkte aantal studies en hun grote heterogeniteit kunnen we uit deze studies geen harde conclusies trekken. De resultaten bieden een voorzichtige indicatie voor de mogelijkheid van het realiseren van publieke impact middels preventieve opvoedinterventies. Er werden positieve effecten gevonden in de zin van meer kennis over opvoeding, positiever en minder negatief opvoedgedrag, meer ervaren effectiviteit in opvoeden, minder emotionele en gedragsproblemen bij kinderen, minder contacten met politie, minder gevallen van kindermishandeling en uithuisplaatsing, en minder stress en depressie bij ouders en meer psychisch welbevinden. Ieder van deze effecten werd slechts in 1 of 2 studies aangetoond.

De positieve bevindingen worden vooral bepaald door studies naar de publieke impact van het meervoudige Triple P-programma. De enige twee studies waarbij de lokale collectieve impact van meerdere onafhankelijke opvoedinterventies onderzocht is, werden in Engeland uitgevoerd (studie 5 en 6). Beide studies leverden positieve resultaten op. Omdat in deze studies ook Triple P onderdeel van het aanbod vormde is niet duidelijk of het aanbieden van een breder pakket aan opvoedinterventies tot meerwaarde geleid heeft boven de aannemelijke impact van Triple P alleen. Kortom, er is nog weinig bekend over de publieke impact van een meervoudig aanbod aan opvoedinterventies vanuit meerdere aanbieders binnen een gemeente. Daarom blijft vanuit het publieke impact perspectief de vraag overeind welke combinatiepakket van opvoedinterventies in een gemeente of wijk aangeboden zou moeten worden om op populatieniveau een betere opvoedkwaliteit te realiseren.

## 3.3. Gebruik van combinaties van interventies

De beginnende evidentie voor de publieke impact van het Triple P-programma zou onder meer toegeschreven kunnen worden aan het doelgericht combineren van meerdere interventies, het gebruik van meerdere methodieken en aandacht voor het aanpassen van interventies naar behoeften van onderscheiden doelgroepsegmenten. De verschillende niveaus binnen het Triple P-pakket richten zich op doelgroepen met een verschillend risiconiveau (universeel, selectief, geïndiceerd en extra hoog risico). Door het gebruik van sociale marketingtechnieken en uiteenlopende communicatiemethoden (o.a. individuele begeleiding, groepswerk, schriftelijke materialen, media) kan een breder bereik in de totale populatie van ouders gerealiseerd worden. Dit onderstreept de waarde van het gebruik van combinatiepakketten van werkzame interventies voor het realiseren van publieke impact. Bij het maken van combinatiepakketten kunnen verschillende doelgroepkenmerken als basis voor combineren gebruikt worden, zoals interventies aangepast aan verschillende leeftijdsgroepen, culturele groepen of groepen met inhoudelijk verschillende risicofactoren (bv. ouders met een psychische stoornis of verslaving, LVB bij ouders of kinderen, gezinnen in armoede en schulden, gescheiden ouders).

## 3.4. Tot slot

We hebben in dit hoofdstuk geconstateerd dat de wetenschappelijke kennis over de publieke impact van preventieve opvoedinterventies nog uiterst beperkt is. Uit het kleine aantal studies dat hiernaar verricht is blijkt wel dat dergelijke publieke effecten waarschijnlijk mogelijk zijn en dat preventieve opvoedinterventies een breedte aan soorten effecten kan opleveren naast een verbeterde opvoedkwaliteit. De studies verschillen echter nogal in resultaten over effecten en gebruikte effectindicatoren zodat hieruit nog geen harde conclusies getrokken kunnen worden. De resultaten suggereren ook dat voor publieke impact waarschijnlijk combinaties van opvoedinterventies ingezet moeten worden. In de volgende hoofdstukken gaan we dieper in op het realiseren van een breder gebruik van deze interventies door lokale organisaties en professionals en van een groter bereik binnen de doelpopulatie van ouders.

# 4 Beperkt gebruik en bereik van effectieve opvoedinterventies

## 4.1. Inleiding

Het aantal werkzame en erkende opvoedinterventies voor ouders met kinderen tussen 0 en 18 jaar is in de afgelopen 20 jaar sterk gegroeid. We tellen in de databank van het Nji in het totaal 24 erkende opvoedinterventies, met enige evidentie voor effectiviteit of tenminste goed-onderbouwd. Hiervan konden er 17 binnen de CIKEO-meta-analyse geanalyseerd worden op onderlinge verschillen en werkzame elementen (Crone et al. 2020). Wat kunnen we zeggen over het lokale gebruik van opvoedinterventies en hun publieke bereik?

## 4.2. Lokaal gebruik van erkende opvoedinterventies

Allereerst constateren we dat er in Nederland geen systematische monitoring bestaat over welke opvoedinterventies in welke gemeenten en door wie gebruikt worden en feitelijk in het lokale aanbod zijn opgenomen. We hebben in 2018 een quick scan uitgevoerd naar het aanbod van erkende preventieve opvoedinterventies in Rotterdam en Nijmegen. Hieruit bleek – voor zover wij konden nagaan - dat in Rotterdam 58% van de landelijk erkende preventieve opvoedinterventies werden aangeboden en in Nijmegen 50%. Van de 24 beschikbare interventies werd 33% (N=8) zowel in Nijmegen als in Rotterdam aangeboden, 42% in één van beide steden en 25% in geen van beide steden. Er is geen informatie over het aantal malen dat groepsinterventies in een jaar werden aangeboden en evenmin over het aantal deelnemers.

## 4.3. Beperkt bereik

Het beperkte bereik van deze bewezen-effectieve interventies binnen doelpopulaties vormt nog groot probleem, dat geldt niet alleen voor preventieve opvoedinterventies maar voor erkende preventieve jeugdinterventies in het algemeen (Daamen 2015, Schotanus-Dijkstra et al. 2013). Ook in ons CIKEO-onderzoek bleek uit het surveyonderzoek onder 754 ouders met kinderen tussen 0-7 jaar dat slechts 1.9% van hen in het afgelopen jaar aan een opvoedinterventie had geparticipeerd (Fierloos et al. 2020). Dit percentage zal over meerdere jaren heen opgeteld uiteraard hoger uitvallen, tegelijkertijd betreft het hier niet alleen effectieve opvoedinterventies, maar ook niet erkende interventies. Hoe het ook zij, dit resultaat bevestigt in ieder geval het beperkte publiek gebruik en bereik van opvoedinterventies.

Dit is geen specifiek Nederlands probleem en evenmin een specifiek probleem rond preventieve opvoedinterventies. Wereldwijd wordt geconstateerd dat preventieve interventies met bewezen werkzaamheid nog maar beperkt toegepast worden in de samenleving, een beperkt bereik hebben en daardoor slechts een lage, zo niet verwaarloosbare publieke impact hebben (Dodge 2020, Fagan et a. 2019, 2020, Tolan 2019, Waever & DeRosier, 2019, Milat et al. 2015). Dit is recentelijk ook geconstateerd voor preventieve opvoedinterventies (Mauricio et al. 2018).

## 4.4. Selectief gebruik en bereik

Een vraagstuk dat de afgelopen jaren in de literatuur over gebruik en bereik van preventieve interventies steeds vaker aandacht krijgt is de invloed van sociale ongelijkheid hierbij (Fagan et al. 2019, Alcaraz et al. 2016). Hebben burgers, in dit geval ouders, met een verschillende sociale, economische of culturele achtergrond gelijke kansen op deelname aan preventieve interventies of is hierbij sprake van sociale ongelijkheid? Kunnen implementatiestrategieën bijdragen aan vermindering van sociale ongelijkheid in gezondheid en welzijn?

Of vergroten preventieve interventies door selectieve participatie hieraan de kloof tussen arm en rijk, en tussen lager en hoger opgeleide ouders? Over sociale ongelijkheid in de toegang tot preventieve interventies in Nederland bestaat, voor zover ons bekend, nog weinig informatie.

Toegespitst op preventieve opvoedinterventies is in het CIKEO cohortonderzoek de relatie onderzocht tussen deelname en sociaal-demografische kenmerken (Fierloos et al. 2020). Hieruit bleek dat ouders met een lager inkomen en ouders met een migratie-achtergrond relatief juist vaker aan opvoedinterventies deelnemen. Dit zou verklaard kunnen worden uit een hogere prevalentie van opvoedproblemen in deze groepen. Uit dezelfde studie bleek echter dat opleiding, inkomen en migratieachtergrond niet gerelateerd zijn aan het rapporteren van meer vragen of zorgen over opvoeding. Vergelijking van beide resultaten zou erop kunnen duiden dat er in de onderzochte regio's (Rotterdam en Dordrecht) geen aanleiding is te veronderstellen dat ouders met een lagere opleiding, inkomen of migratieachtergrond minder kansen hebben op deelname aan preventieve opvoedinterventies.

Deze wijze van bewijsvoering is echter niet sluitend. Het is denkbaar dat het uiten van zorgen en vragen over opvoeding toch afhankelijk is van sociale achtergrond maar dat dat niet in de bovenvermelde resultaten tot uiting komt. Dit kan het geval zijn vanwege sociale verschillen in taboes op het bespreken van gezinsproblemen buiten het gezin of vanwege minder kennis over opvoeding en mogelijkheden voor ondersteuning daarbij. Voor een meer objectief oordeel over de eventuele aanwezigheid van sociale selectie bij deelname aan preventieve ondersteuning zouden objectieve gegevens over de aanwezigheid van opvoed- en jeugdproblematiek vergeleken moeten worden met gegevens over deelname aan preventieve opvoedinterventies.

## 4.5. Bieden online opvoedinterventies een oplossing?

Het online aanbieden van interventies om opvoedkennis en -vaardigheden te versterken is een van de strategieën die wereldwijd gebruikt wordt om het probleem van het lage gebruik en bereik onder ouders op te lossen (Thongseiratch et al. 2020, Baker & Sanders 2017, Clarke et al. 2015). Dat roept allereerst wel de vraag op of deze online interventies effectief zijn, respectievelijk even effectief als face-to-face interventies. De tweede vraag is of via online interventies inderdaad, zoals verondersteld, een veel grotere groep van ouders bereikt wordt. De trend van de laatste 20 jaar in het vertalen van bewezen-effectieve interventies en hun werkzame elementen naar een online aanbod weerspiegelt een belangrijke investering in het verbeteren van hun maatschappelijk gebruik en bereik. Onderzoek over online-opvoedinterventies hebben aangetoond dat zij in staat zijn bij ouders en kinderen significante effecten teweeg te brengen op meerdere succescriteria zoals blijkt uit de resultaten van vier meta-analyses (Tabel 4.1).

**Tabel 4.1** Meta-analyses effecten van online opvoedinterventies]

| | |
|---|---|
| **Auteurs en jaartal:** | **Thongseiratch et al. 2020** |
| Aantal empirische studies: | 12 studies |
| Totaal aantal subjecten: | N = 2025 |
| Effecten en effect sizes* | |
| Hedges'g = | - 0.32 gedragsproblemen kind |
| . | - 0.22 emotionele problemen kind |
| | .-.0.30 psychische problemen ouder |
| Kwalitatief onderzoek effectbepalende factoren:, Sturen van reminders aan ouders om actief aan hun programma te werken | |

Auteurs en jaartal: Spencer et al. 2019
Aantal empirische studies: 28 studies
Totaal aantal subjecten: N = 504
Effecten en effect sizes*

| | | |
|---|---|---|
| Positief opvoedgedrag | d =1.00 | p<.001 |
| Negatieve ouder kind interactie | d = -.97 | p<.001 |
| Negatief disciplinerend gedrag | d = -.32 | p<.001 |
| Conflicten tussen ouders | d = -.31 | p<.001 |
| Woede bij ouders | d = -.30 | p<.001 |
| Stress bij ouders | d = -.31 | p<.001 |
| Depressie ouder | d = -.26 | p<.01 |
| Probleemgedrag kind | d = -.58 | p<.001 |
| Positief gedrag kind | d = .31 | p<.01 |
| Angst kind | d = -.31 | p<.01 |

Er werden géén verschillen in effect gevonden tussen online programma's gericht op klinische of hoogrisico-groepen versus op ouders in het algemeen (populatie); evenmin tussen online programma's me of zonder toegang tot extra klinische ondersteuning.

Auteurs en jaartal: Baumel et al. 2016
Aantal empirische studies: 7 studies,
Ouders van kinderen met storend gedrag
Totaal aantal subjecten: N=718
Effecten en effect sizes*

| | |
|---|---|
| Gedragsverbetering | ES = 0.44, 7 studies |
| Opvoedgedrag ouders | ES = 0.41, 6 studies) |
| Zelfvertrouwen als ouder | ES = 0.36, 4 studies) |

Interactieve programma's bleken effectiever dan niet interactieve programma's. Online interventies bleken effectief bij ouders van jonge kinderen met klinisch afwijkend gedrag, niet bij ouders van kinderen met niet-klinische symptomen (ES = .61 versus .21).

Auteurs en jaartal: Nieuwboer et al. 2013
Aantal empirische studies: 12
Totaal aantal subjecten: N=1615
Effecten en effect sizes*

| | |
|---|---|
| Effectindicatoren bij ouders | gemiddelde ES = 0.67 |
| Effectindicatoren bij kinderen | gemiddelde ES = 0.42 |

* Effect sizes, odds ratio's, Hedges'g, Cohens'd en significatieniveaus zijn alle indicatoren voor effectgrootte

Interactieve programma's bleken effectiever dan niet interactieve programma's. Online interventies bleken effectief bij ouders van jonge kinderen met klinisch afwijkend gedrag, niet bij ouders van kinderen met niet-klinische symptomen (ES = .61 versus .21).

In hun analyse van 19 studies naar de effecten van online opvoedinterventies vond Nieuwboer e.a. (2013) een gemiddelde effect size van 0.67 bij ouders en 0.42 voor de indirecte effecten daarvan op kinderen. Dit wijst samengenomen op een middelgroot effect. In een recentere meta-analyse over 29 studies werd een brede reeks van positieve effecten aangetoond als gevolg van participatie in online opvoedinterventies. Dit waren zowel rechtstreekse positieve effecten op opvoedgedrag als indirecte effecten op ouders en op het gedrag en de emotionele en gedragsproblemen van kinderen. Zo werden onder meer gunstige effecten gevonden op positief opvoedgedrag, negatief disciplinerend gedrag, ouder-kind interacties, positief gedrag van kinderen, minder angst bij kinderen en minder conflicten, stress en psychische problemen bij ouders. In de meest omvangrijke en recente meta-analyse werden geen verschillen aangetoond in effecten bij ouders met ernstige opvoedproblemen of hoogrisico-ouders vergeleken met het effect bij ouders uit de bevolking in het algemeen (Spencer et al. 2019).

Ondanks deze positieve resultaten en het in potentie veel grotere bereik van online-interventies doen zich ook hier problemen voor met het bereiken van

doelpopulaties, selectief bereik en voortijdige uitval. Dit geldt met name voor het zeer lage gebruik ervan door ouders uit lage inkomensgroepen (Thongseiratch et al. 2020, McGordon et al. 2018, Baumel et al. 2016).

Uit de CIKEO-cohortstudie onder de ouders uit de algemene populatie (n=754, CIKEO derde deelrapport, Fierloos et al. 2020) bleek dat veel ouders gebruik maken van online voorlichting via websites over opvoeding (60.7%), (digitale) tijdschriften over opvoeding (50.6%), sociale media (25.9%) forums (28.5%) en WhatsApp groepen over opvoeding (12.2%). Ouders met vragen of zorgen over de opvoeding maakten significant meer gebruik van opvoedondersteuning via websites (P <.001), internet forums (P=.001), boeken (P=.021), sociale media (P <.001) en tips en advies vanuit het sociale netwerk (P <.001) dan ouders die geen vragen of zorgen over opvoeding hadden (Fierloos et al. 2020).

## 4.6. Monitoring van bereik

Het vrijwel ontbreken van landelijke en gemeentelijke monitoring van het gebruik en bereik van preventieve opvoedinterventies vormt een belangrijk knelpunt bij het werken aan het systematisch verbeteren hiervan. Ook dit is niet specifiek voor preventieve opvoedinterventies. Monitoringgegevens over gebruik en bereik ontbreken voor alle erkende preventieve jeugdinterventies. Gemeenten investeren wel in jeugdmonitors die informatie bieden over de prevalentie van jeugdproblematiek, minder vaak over riscofactoren en nog minder vaak over beschermende factoren. Ze weten ook van welke zorg- en sociale voorzieningen door jongeren gebruik gemaakt wordt. Maar er is geen systematische monitoring van het aanbod aan preventieve jeugd- en opvoedinterventies en evenmin van hun maatschappelijk bereik. Ook bij landelijke kennisinstituten zijn hierover geen systematisch verzamelde data te vinden. Hiermee ontbreekt in Nederland een belangrijk fundament voor bereik en impact management.

## 4.7. Tot slot

Uit een quick scan in twee Nederlandse gemeenten bleek dat hier ruim 50% van de landelijk erkende opvoedinterventies wordt aangeboden en 25% van de erkende interventies in geen van beide steden. In het CIKEO cohortonderzoek werd geconstateerd dat het publieke bereik van deze interventies onder ouders marginaal is. Dat bevestigt de conclusies uit internationaal onderzoek dat we wel beschikking hebben over een ruim aantal werkzame preventieve jeugdinterventies maar dat om tal van redenen hun publieke bereik nog zeer beperkt is en daardoor per definitie ook hun maatschappelijke impact. Gelukkig is er wel een trend naar het online aanbieden van preventieve opvoedinterventies die in potentie een veel breder bereik hebben en tot middelgrote effecten kunnen leiden. De resultaten uit het cohortonderzoek onderstrepen dat veel ouders zich met opvoedvragen tot bronnen op internet wenden. Dat wil echter niet zeggen dat ouders ook op grote schaal via internet in erkende interventies participeren. Ook bij participatie aan online interventies doen zich een aantal knelpunten voor. We hebben niet kunnen constateren dat er bij deelname van opvoedinterventies sprake is van sociale selectie die de bestaande sociale ongelijkheid in opvoedvaardigheden zou versterken.

Het geconstateerde beperkte bereik en daardoor ook marginale impact van erkende opvoedinterventies versterkt de behoefte aan meer inzicht in de processen en factoren die van invloed zijn op het lokale aanbod van erkende preventieve interventies, hun publieke bereik en hun publieke en maatschappelijke impact. In de volgende hoofdstukken gaan we nader in op de kennis, inzichten en werkzame strategieën die hiervoor bestaan.

# 5 Context van opvoedinterventies in gemeenten: participerende observaties en leerervaringen

## 5.1. Inleiding

We presenteren in dit hoofdstuk een reeks bevindingen, visies en conclusies over ontwikkelingen die zich binnen gemeenten voordoen bij het werken aan preventieve doelen, waaronder kwaliteitsverbetering van opvoeden en opgroeien, en de rol die erkende interventies en werkzame elementen daarbij spelen. Het gaat zowel om wat zich binnen de gemeentelijke overheid afspeelt als om het samenspel tussen gemeente en lokale partners. De visies en bevindingen zijn, zoals beschreven, gebaseerd op jarenlange participerende observaties en leerervaringen van beide auteurs[1]. Hieronder vatten we onze bevindingen, visies en conclusies in een twaalftal uitgangspunten samen.

We constateren we dat zich een nieuwe generatie van preventieprogramma's begint af te tekenen die afwijkt van de oorspronkelijk exclusieve focus op zelfstandige erkende interventies. Deze nieuwe generatie programma's laat zich op verschillende wijzen kenmerken: verlopend langs groeimodellen, samengestelde programma's, minder top-down en meer participatief, minder gestandaardiseerd en meer flexibel, meer nadruk op werkzame elementen en principes (bouwstenen), aandacht voor relaties tussen verschillende problemen, van onafhankelijk werkende aanbieders naar een samenhangend aanbod vanuit samenwerkende aanbieders, meer evenwicht tussen input vanuit wetenschappelijk onderzoek en input uit georganiseerde leertrajecten.

## 5.2. Van interventies naar samengestelde programma's

In de periode 1990 – 2010 werd internationaal en in Nederland veel geïnvesteerd in het ontwikkelen van op zichzelf staande interventies, wetenschappelijk onderbouwd, uitvoerbaar en overdraagbaar, en waarvan de werkzaamheid (effecten) in gecontroleerde studies is aangetoond. De afgelopen 10 jaar zien we landelijk en in gemeenten geleidelijk een verschuiving naar het ontwerpen van samengestelde programma's, dus combinaties van interventies, gericht op het realiseren van een gemeenschappelijk doel. Voorbeelden hiervan zijn de versterking van opvoeden en opgroeien via programma's als Kansrijke Start en Kansrijk Opgroeien. Erkende interventies en werkzame elementen kunnen daarin bouwstenen vormen.

## 5.3. Van pasklare interventies naar lokale programma's op basis van een ontwikkel- en groeiscenario

Het oorspronkelijke scenario nog van vóór 2000 was: eerst bewezen-effectieve interventies ontwikkelen, dan landelijke toetsing en erkenning daarvan en vervolgens stimulering van hun verspreiding, adoptie en implementatie middels landelijke databanken (NJI, Movisie, RIVM). Verwacht werd dat deze verspreiding landelijk tot een effectievere preventiepraktijk zou leiden en zo tot een meer gezonde samenleving. Een *top-down scenario* gebruikmakend van *een vrije markt model*. Organisaties, zelfstandige aanbieders of inkopers van gemeenten kunnen zelf naar behoefte een of meerdere interventies uit de landelijke databank kiezen en in hun eigen aanbod opnemen.

Vooral sinds de grote transities in jeugdzorg en het sociale domein zien we dat gemeenten meer van onderaf bezig zijn om op experimentele basis samen

1 Wij zijn met name de beleidsmedewerkers Jeugd (o.a. Denis Wiering) en gebiedsadviseurs van de gemeente Rotterdam erkentelijk voor mogelijkheden die zij ons jarenlang geboden hebben te participeren in tal van innovatieve trajecten die zij in Rotterdam in gang gezet hebben.

met lokale partners gemeenschappelijk beleid, samenhangende aanpakken en programma's te ontwikkelen om aan lokale gezondheids- en sociale doelen te werken. Dit verloopt niet volgens het traditionele klacht-recept model maar op basis van een *gezamenlijk ontwikkel-, verbeter- en groeiscenario*. Rotterdam is een goed voorbeeld van een gemeente waarin al vele jaren met dit scenario geëxperimenteerd wordt. Ook in andere gemeenten zijn soortgelijke ontwikkelingen gaande. In dit traject kunnen erkende interventies een rol spelen als bouwstenen, die ingebouwd worden in een bredere aanpak.

## 5.4. Meer aandacht voor ervaringskennis, burgerinitiatieven en pedagogische civil society

Het CIKEO consortium heeft tot doel kennis te ontwikkelen over erkende preventieve opvoedinterventies die ertoe bijdraagt dat deze interventies meer en beter toegepast worden in de praktijk en meer ouders participeren. Het achterliggende idee is dat de wetenschappelijke kennis over opvoeding, vertaald in effectieve interventies en door bekwame professionals aangeboden, zal leiden tot minder opvoed- en opgroeiproblemen in de samenleving. We hebben dit eerder omschreven als een top-down strategie.

Kennismanagement binnen preventie wordt tegenwoordig echter niet meer exclusief gedomineerd door input van wetenschappelijke kennis. Ook het belang van ervaringskennis wordt in toenemende mate erkend als een succesfactor op weg naar maatschappelijke resultaten. Er wordt gezocht naar vormen voor een productieve dialoog tussen wetenschappers en ervaringsdeskundigen, een dialoog die naar beide kanten toe kritisch en lerend kan zijn. Er wordt sinds de transities in de zorg bovendien steeds meer belang gehecht aan samenredzaamheid en burgerinitiatieven, dus ondersteunende netwerken en activiteiten die door burgers onderling georganiseerd worden.

De vraag is hoe deze 'van bovenaf' en 'van onderop' bewegingen vruchtbaar te combineren zijn en elkaar wederzijds kunnen ondersteunen. Een vorm daarvan is gebruikt in de Communities-that-Care aanpak waar gezocht is naar een combinatie van (1) een wetenschappelijk ontwikkelde methodiek voor wijkdiagnoses, (2) burgers en lokale organisaties die deze diagnoses uitvoeren en op basis daarvan zelf beslissen over prioriteiten in de wijk, (3) het vervolgens selecteren van de best passende effectieve of veelbelovende interventies, (4) gezamenlijk zorgen voor de uitvoering daarvan en (5) het samen monitoren en evalueren van de resultaten. Ook in de Wijkprogrammeringsmethode, waarmee in Rotterdam geëxperimenteerd wordt ondersteund door het NJi, wordt deze formule gebruikt (https://www.rotterdam.nl/wonen-leven/wijkprogrammering).

## 5.5. Wetenschappelijke input niet alleen vooraf en top down maar interactief en in het hele traject

In dit andere scenario hebben wetenschappelijke kennis en onderzoek en de relatie tussen wetenschappers en praktijk een andere invulling gekregen. In het verleden concentreerde de rol van wetenschappers zich vooral aan het begin of het einde van een beleids- of praktijktraject: epidemiologische en causale probleemanalyses aanleveren, mede gebaseerd op basale wetenschappelijke kennis (probleemanalyse), kennisinput als basis voor interventieontwikkeling en tenslotte het uitvoeren van gecontroleerd effectonderzoek. Tegenwoordig vervullen wetenschappers meer de rol van vaste partner in een continue interactief ontwikkelings-, leer- en verbeterproces van sociale experimenten waarin beleidsmakers, managers, professionals en ervaringsdeskundigen samenwerken. De kwaliteit van dit proces is afhankelijk van het bieden van hoogwaardige vorm van praktijkgericht kennismanagement. Daarin hebben onderzoekers verschillende taken en rollen, zoals kennisproductie, kennissynthese, kennisintegratie, kennis vertalen naar innovaties en verbeteringen, advisering & kritisch meedenken, ondersteunend onderzoek doen, evaluatie & leren, en deskundigheidsbevordering.

## 5.6. Verbinden van opvoeding met sociale thema's

Opvoeding is op verschillende wijzen met andere sociale thema's verbonden en kan niet als een op zichzelf staand fenomeen gezien worden. Opvoeding vormt ook een factor in de ontwikkeling van andere problemen die ook op de sociale agenda's van gemeenten staan, zoals bijvoorbeeld onderwijs en veiligheid.

Zo blijkt uit een overzichtsstudie van meta-analyses en reviews die wij ten behoeve van het Rotterdamse Factorenmodel Jeugd uitvoerden dat opvoeding invloed heeft op de latere ontwikkeling van zelfwaardering, zelfcontrole, alcoholgebruik, psychische problemen en depressie, schoolprestaties en crimineel gedrag bij adolescenten en jongvolwassenen (zie o.a. Yap et al. 2015, 2017; Pinquart 2016, 2017, 2018; Li et al. 2019; Derzon 2010; Farrington 2017). Opvoeden betreft kenmerken als warmte van ouders, inconsistent opvoedgedrag, autoritatief versus autoritair gedrag, afwijzend gedrag, ouderlijk toezicht. De gevonden significante effectgroottes van de gevolgen van opvoeding zijn op zich vaak klein maar worden sterker wanneer er sprake is van ernstige opvoedproblemen of van combinaties van opvoedproblemen met andere belastende gezins- of sociale omstandigheden (bv. armoede, echtscheiding, psychische problemen van ouders en gezinsstress).

Anderzijds blijkt dat minder opvoedkwaliteit en opvoedproblemen zelf weer mede het resultaat zijn van sociale factoren zoals bijvoorbeeld huiselijk geweld, een eigen verleden van mishandeling, stress en armoede (Yo & Huang 2013, Fujiwara et al. 2012; Savage et al. 2019; Kalthof 2018). Verder is opvoeding slechts een van de vele factoren die van invloed zijn op psychische en sociale problemen en de kansen van adolescenten en volwassenen. Om deze redenen verdient het aanbeveling preventieve opvoedinterventies te integreren in bredere wijkgerichte- of gemeentelijke programma's waarin tegelijk aan meerdere samenhangende thema's gewerkt wordt. Ook voor ouders zelf staan opvoedvragen niet los van andere problemen of omstandigheden waar zij zelf of hun gezin dagelijks mee te maken hebben.

## 5.7. Ondersteunende rol van een factorenmodel voor de ontwikkeling van de jeugd

De conclusie over de verwevenheid van opvoeding met andere sociale thema's roept de behoefte op aan transparantie over de rol van opvoeding in het geheel van factoren die van invloed is op de ontwikkeling van jeugdigen en latere volwassenen. In de gemeente Rotterdam wordt al jaren met een wetenschappelijk ondersteund factorenmodel voor de jeugd gewerkt (Wiering & Scalzo 2017). Het model wordt op dit moment uitgebreid naar een model voor alle leeftijden. Met behulp van systematische literatuuranalyses wordt de wetenschappelijke kennis over de relaties tussen de factoren in het model en tussen factoren en maatschappelijke doelen in kaart gebracht.

In de vijf jaar dat we bij de ontwikkeling en toepassing van dit model betrokken waren zijn de voordelen van het gebruik van een gemeenschappelijk factorenmodel duidelijk gebleken. Allereerst biedt het model een inzichtelijk kader voor hoe opvoeding aan andere factoren gerelateerd is, zowel gedurende de tijd (levensloop) als in relatie met wijk- en sociale omstandigheden. Het model biedt daardoor ook een mogelijkheid om de maatschappelijke relevantie van opvoeding voor andere belangrijke sociale thema's inzichtelijk te maken. Het biedt een kader voor het ontwikkelen van samenhangend jeugdbeleid en intersectoraal beleid, inclusief het versterken van opvoeding. Dit integrale jeugdbeleid biedt daardoor ook andere strategische ingangen om aan verbetering van opvoedkwaliteit te werken naast het inzetten van preventieve opvoedinterventies. Verder wordt er ook gewerkt aan goede afstemming tussen het factorenmodel , wijkprogrammering en indicatoren van de gemeentelijke jeugdmonitor waardoor zowel een goede afstemming op lokale knelpunten mogelijk is en ook publieke effecten van jeugdbeleid en preventieve programma's gemeten kunnen worden. Het factorenmodel vormt inmiddels een belangrijk referentiekader binnen de programma's 'Kansrijke/Stevige Start' en 'Kansrijk Opgroeien' en de armoedeaanpak van de Gemeente Rotterdam.

## 5.8. Wijkprogrammering als een kader voor werken aan impact

Ondersteund door de methode van wijkprogrammering en resultaten van de stedelijke jeugdmonitor wordt in Rotterdam het factorenmodel door gemeentelijke gebiedsadviseurs gebruikt om samen met lokale organisaties en wijkgroepen een wijkgerichte analyse te maken van behoeften en speerpunten voor preventie. Aandacht voor opvoeding vormt daar een structureel onderdeel van. Op basis hiervan wordt per stadsgebied een samenhangend preventieplan ontwikkeld. Hiervan kan ondersteuning bij opvoeding een onderdeel zijn. Op basis van deze analyse wordt gemeenschappelijk per thema en keuze gemaakt voor de beste manier van aanpak. Hierbij wordt het gebruik van landelijk erkende werkzame of veelbelovende interventies gestimuleerd.

De methode van wijkprogrammering is ontwikkeld binnen de gemeente Rotterdam en mede gebaseerd op de Kwaliteitskompas van het Nederlands Jeugdinstituut (Driedonks e.a. 2019). De methode volgt de stappen van een logisch model (input, doelen, output, outcome en verbetercyclus). Er is grote verwantschap met de aanpak gevolgd door het programma Communities-that-Care, waarvan de positieve maatschappelijke impact op jeugd meermalen en in meerdere landen is vastgesteld (Farrington, Jonkman & Groeger-Roth 2020; Chilenski et al. 2019; Kalinski et al. 2015; Kim et al. 2015; Hawkins et al. 2014; Jonkman 2012).

## 5.9. Scenario's om preventieve opvoedinterventies in programma's en samenleving te integreren

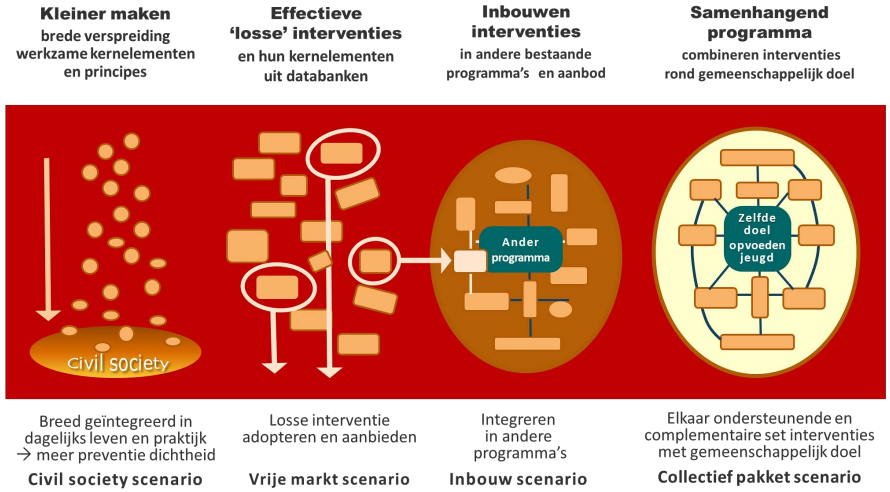
Afgaande op wat we in de praktijk gezien hebben onderscheiden we vier scenario's om effectieve of veelbelovende opvoedinterventies in de samenleving te integreren (zie ook onderstaande figuur):

1. *Het vrije markt-scenario,* waarbij individuele interventies door lokale aanbieders uit een landelijke databank geselecteerd worden en als zelfstandige en afzonderlijke interventies aan ouders worden aangeboden.
2. *Een opvoedpakket-scenario.* In dit scenario wordt in een gemeente een samenhangend pakket van effectieve of veelbelovende interventies aangeboden, gericht op het versterken van opvoeding. Het pakket is samengesteld om ouders en gezinnen met verschillende behoeften of risiconiveaus (universele, selectieve, geïndiceerde preventie), en met een verschillende culturele achtergrond te ondersteunen, en ouders via verschillende communicatiekanalen en settings te kunnen bereiken.
3. *Het inbouw-scenario:* Dit betreft de inbouw van opvoedinterventies in andere programma's:
   - Een breder samenhangend jeugdgericht programma, zoals Kansrijke Start, Kansrijk Opgroeien, Schoolprogramma's voor sociaalemotionele ontwikkeling.
   - Een preventieve opvoedinterventie kan ook ingebouwd worden in een breder interventieprogramma, geïnitieerd vanuit een andere beleidsthema zoals armoede, veiligheid of sociale cohesie in een wijk.
   - Een gecombineerd interventie aanbod gericht op een specifieke kwetsbare groep zoals ouders met psychische problemen of verslaving, ouders of kinderen met een LVB of gezinnen met een hoog risico op huiselijk geweld.
4. *Het versterkte civil society-scenario.* In dit scenario wordt kennis over werkzame elementen in het verbeteren van opvoeding breed verspreid onder ouders en hun netwerken. Hiervoor kan gebruik gemaakt worden van sociale media, brochures, flyers, radio en TV.

Het inbouw-scenario, pakket-scenario en civil society-scenario – waarin meerdere interventies worden samengebracht - hebben het voordeel dat zij de mogelijkheid bieden om een veel groter bereik onder ouders te realiseren dan het vrije markt scenario. Het inbouwscenario heeft als extra voordeel dat binnen

dit scenario opvoededucatie wordt aangeboden in combinatie met interventies die gericht zijn op andere factoren of sociale thema's die ook op opvoeden of opgroeien van invloed zijn. Een gecombineerde strategie kan bijdragen aan een hogere effectiviteit en meer maatschappelijke impact. Zowel bij het inbouwscenario als het pakketscenario kan gebruik gemaakt worden van de Collectieve Impact benadering die in het volgende hoofdstuk wordt beschreven.

**Figuur 5.1** Vier scenario's voor gebruik van preventieve opvoedinterventies en werkzame elementen




## 5.10. Vele stakeholders en aanbieders van opvoedinterventies

In het traject tussen landelijk beschikbaarheid van werkzame opvoedinterventies tot aan de feitelijke deelname daaraan door ouders spelen binnen gemeenten vele organisaties en partijen een rol. Ze vervullen daarbij uiteenlopende rollen als vroege signaleringsinstantie, toeleider of aanbieder van interventies binnen de individuele zorg, welzijnszorg of andere sectoren (bv. onderwijs), of als beleidsmaker, financier, inkoper of coördinerende instantie. We gaan ervanuit dat een effectieve afstemming en een gemeenschappelijke visie en strategie cruciale voorwaarden vormen voor het realiseren van publieke en maatschappelijke impact (Kania et al. 2011, Sampson 2012). Dit vereist investering in coördinatie, samenwerking, regie en leiderschap. De ervaring leert dat zich hierin tal van knelpunten kunnen voordoen. De Collectieve Impact benadering is speciaal ontwikkeld als een gezamenlijke strategie van alle lokale partners om op een gemeenschappelijk doel aantoonbare impact te realiseren. We gaan daar in het volgende hoofdstuk dieper op in.

## 5.11. Monitoren van aanbod en bereik

Een steeds terugkerend knelpunt bij alle gemeenten is het ontbreken van een lokaal monitoringsysteem over het aanbod, het gebruik en het bereik van preventieve jeugdinterventies. Welke organisaties bieden welke preventieve interventies aan, hoe frequent, wat is de participatiegraad, met welk jaarlijkse bereik binnen de doelgroep? Zijn er verschillen tussen doelgroepsegmenten en sociale bevolkingsgroepen in mate van gebruik, bereik en uitval? Gemeenten hebben wel een monitoringsysteem voor de problemen bij jeugdigen en soms voor onderliggende factoren.

Omdat deze monitoring van behoeften niet vergeleken kan worden met het aanbod, gebruik en bereik van relevante jeugdgerichte interventies is het voor gemeenten moeilijk om systematisch aan het verbeteren van implementatie en bereik van interventies te werken. Daardoor kan ook de impact van het preventie aanbod op de kwaliteit van opvoeden en opgroeien niet onderzocht worden. Ook de landelijk instituten (Nji, RIVM) bieden geen inzicht in het maatschappelijk gebruik en bereik van erkende preventieve jeugdinterventies. Het ontwikkelen van een gemeentelijke monitor voor aanbod en bereik zou een belangrijk aandachtspunt op de landelijke en lokale agenda's moeten vormen.

## 5.12. Financieringsprobleem van preventie

Een eveneens terugkerende klacht in onze contacten in gemeenten is het ontbreken van voldoende budget of structurele financiering voor de implementatie van effectieve preventieve interventies, waaronder opvoedinterventies.

De beperkte budgetten zijn bovendien vaak incidenteel van aard waardoor het investeren in een lange termijn aanpak voor meer effectief aanbod, een hoger gebruik en meer bereik, en dus meer impact als niet zinvol wordt ervaren. De preventiebudgetten voor jeugdgerichte interventies staan in de meeste gemeenten extra onder druk door de stijgende vraag naar jeugdzorg en de daardoor ontstane aanzienlijke tekorten op het gemeentelijke budget. Omdat zorgverzekeraars primair belanghebbende zijn bij het terugdringen van de zorgvraag in de gezondheidszorg wordt ook op hen een beroep gedaan om samen met gemeenten de mogelijkheden voor een betere preventiefinanciering te onderzoeken. Omdat met bezuinigen op preventie juist het terugdringen van de behoefte aan zorg in de weg staat, is er een negatieve vicieuze cirkel ontstaan die zowel het preventieprobleem als het probleem van de stijgende zorgvraag in stand houden.

Om deze impasse te doorbreken moeten meerdere stappen gezet worden. We noemen er hier drie. Allereerst het instellen van een landelijk overbruggingsfonds voor jeugdgerichte preventie voor de periode totdat de druk op de jeugdzorg met succes verminderd is, ten tweede onderzoek meer richten op de mogelijkheden om via preventie de zorgvraag terug te dringen, en ten derde investeren in de ontwikkeling van meer doelmatige strategieën voor een grotere maatschappelijk bereik en impact van opvoedinterventies en werkzame elementen daarvan.

## 5.13. Tot slot

De reflecties op onze waarnemingen de afgelopen jaren tijdens ons werk binnen diverse gemeenten levert een beeld op van gemeenten die op het terrein van preventie volop in beweging zijn. Naast een aantal knelpunten die zich hierbij voordoen zien we ook tal van innovatieve ontwikkelingen. Er is een trend van het denken in afzonderlijke programma's naar programma's met een samenhangende combinatie van preventieve interventies, van implementeren van pasklare interventies naar een ontwikkel- en leerscenario voor het vinden van de juiste antwoorden op lokale problemen, meer aandacht voor ervaringskennis en een civil society benadering, en van het denken in geïsoleerde problemen naar het samenhangend aanpakken van onderling gerelateerde sociale problemen. Innovatieve ontwikkelingen zijn verder een veranderende relatie tussen onderzoek en praktijk en de introductie van de wijkprogrammeringsmethode. We hebben ook geconstateerd dat voor het implementeren van opvoedinterventies in de samenleving zeer uiteenlopende scenario's mogelijk zijn. Belangrijke knelpunten zijn de financiering van het lokaal aanbieden van opvoedinterventies en het monitoren van dit aanbod en de mate waarin burgers daaraan participeren.

# 6 Kennis over implementatie, bereik en impact

## 6.1. Inleiding

Grootschalig inzetten van werkzame preventieve jeugdinterventies en opvoedinterventies zou een fundamenteel antwoord kunnen bieden op een groot aantal opvoedingsproblemen waar ouders mee te maken hebben. Het gebleken beperkte gebruik (implementatie) van deze interventies en hun beperkt maatschappelijk bereik steekt hier echter schril tegen af. Het is daarom extra belangrijk meer inzicht te ontwikkelen in strategieën die ingezet kunnen worden voor het versterken van implementatie, maatschappelijk bereik en impact van deze opvoedinterventies, en over de bevorderende en belemmerende factoren die daarop van invloed zijn. In dit hoofdstuk bespreken we een aantal wetenschappelijke referentiekaders en ontwikkelingen van waaruit getracht is de effectiviteit, implementatie, bereik en impact van preventieve jeugdinterventies, waaronder ondersteuning bij lichte opvoedproblemen te versterken. We maken een korte reis langs deze gebieden en vatten samen wat ieder van deze gebieden hiervoor aan bruikbare kennis, inzichten en strategieën van aanpak heeft opgeleverd. Het betreft achtereenvolgens input uit de translationele wetenschap, preventiewetenschap, implementatiewetenschap, collectieve impact benadering en enkele expertisegebieden gericht op het maatschappelijke bereik van interventies. Zoals we zullen zien bieden deze gebieden deels ieder een specifiek eigen bijdrage aan kennis en inzichten en deels over de gebieden heen terugkerende elementen. In een aparte paragraaf besteden we aandacht aan inzichten uit de verschillende disciplines en expertisegebieden over factoren die een bevorderende of belemmerende invloed hebben op de adoptie en de implementatie (gebruik) van effectieve preventieve interventies door lokale instanties of op hun bereik binnen de lokale doelpopulatie, in dit geval ouders.

In de laatste twee hoofdstukken over het IM-PACT model en het IM-PACT Management model brengen we al deze bijdragen bij elkaar in een samenhangend geheel als steun voor beleidsmakers, organisaties, managers en professionals die zich in gemeenten bezig houden met het verbeteren van de kwaliteit van opvoeding en de ontwikkeling van jeugdigen.

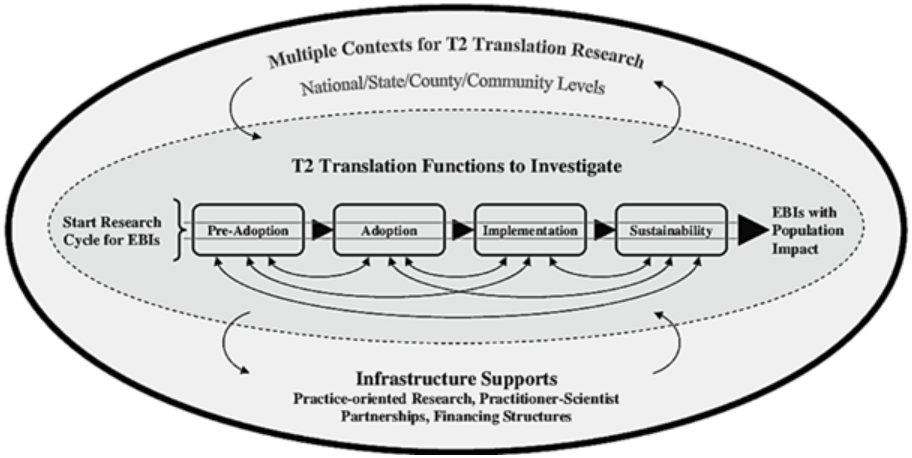
## 6.2. Input vanuit translationele wetenschap

Translationele wetenschap en translationeel onderzoek houden zich bezig met het vertalen van nieuwe fundamentele kennis naar vernieuwende toepassingen daarvan in praktijk en beleid ('Van labaratorium naar bedkastje'). Het gebied is 20 jaar geleden ontstaan binnen de geneeskunde en translationeel onderzoek richtte zich aanvankelijk vooral op het vertalen van basale biologische kennis naar innovatieve klinische behandelingen. Sindsdien heeft deze discipline zich sterk ontwikkeld als een algemeen wetenschapsgebied met belangrijke bijdragen aan andere wetenschappelijke disciplines zoals publieke gezondheid (Ogilvie et a. 2009), preventiewetenschap (Fishbein et al. 2016, Fagan et al. 2019) en gedragswetenschappen (Woolf 2008, Hommel et al. 2015)). Er bestaan inmiddels 26 internationale wetenschappelijke tijdschriften met 'Translational science' of 'Translational research' in hun titel.

Translationele wetenschappers hebben meerdere modellen ontwikkeld die de stappen beschrijven in het vertaalproces van fundamentele wetenschappelijke kennis naar innovatieve toepassingen in praktijk en beleid. In de ontwikkeling van translationeel onderzoek zijn historisch twee fasen te onderscheiden die bekend staan onder de naam Type 1 en Type 2. *Type 1* hield zich bezig met het vertalen van wetenschappelijke basiskennis in innovatieve toepassingen, die vervolgens in experimentele studies getoetst werden op hun werkzaamheid. Basale biologische, epidemiologische en sociaal wetenschappelijke kennis werd vertaald naar innovatieve interventies met een experimenteel aanbod. Toen duidelijk werd dat aanbod van werkzame behandelingen en preventieve interventies niet leidde tot veelvuldig gebruik ervan in de samenleving ontstond *Type 2*. Het eindpunt is nu niet een effectieve innovatieve interventie maar het grootschalig gebruik ervan in de praktijk. Translationele wetenschap biedt hierbij inzicht in (1) het stapsgewijze proces van innovatieve kennis naar innovatieve toepassingen en uiteindelijk naar maatschappelijke impact, (2) de bij deze stappen behorende typen van onderzoek en kennisondersteuning, (3) de rol van transdisciplinair denken en kennisintegratie, (4) samenwerking tussen onderzoek, praktijk en beleid, en (5) inzicht in de factoren en voorwaarden (drivers) die bevorderend of belemmerend inwerken op dit proces van kennis naar innovatieve praktijken en maatschappelijke impact.

In het translationele proces worden meerdere stappen onderscheiden, het aantal stappen hangt af van de gekozen eindtermen. Hier kiezen we voor de versie van Spoth et al. (2013) die doorloopt tot de beoogde publieke en maatschappelijke impact. Elke stap wordt ondersteund door eigen typen onderzoek en kennisinput. Dit proces omvat kleinschalige en grootschalige adoptie, implementatie, en maatschappelijk bereik van interventies die uiteindelijk aantoonbare maatschappelijke resultaten (impact) moeten opleveren (Fig. 6.1).

**Figuur 6.1** The Translation Science to Impact Framework (TScj Impact; Spoth et al. 2013, p. 6*)*




Translationele wetenschap onderstreept het belang van verschillende vormen van samenwerking die nodig zijn voor het realiseren van kennis-gestuurde innovaties in praktijk en beleid en van de uiteindelijk beoogde publieke impact daarvan. Het vereist allereerst een productieve samenwerkingsrelatie tussen onderzoek, praktijk en beleid, waarbij tijdens de diverse fasen verschillende typen partners en stakeholders betrokken zijn. Het vertalen van fundamentele kennis naar maatschappelijke impact vereist bovendien input vanuit uiteenlopende wetenschappelijke disciplines, waaronder biologische, medische, gedrags-, implementatie-, organisatie- en beleidswetenschappen. Ook economisch evaluatieonderzoek kan een ondersteunende rol vervullen, bijvoorbeeld om te toetsen of een innovatieve interventie kosteneffectiever is dan een bestaande aanpak. Dit onderstreept niet alleen het belang van interdisciplinaire kennisuitwisseling, maar ook van *kennisintegratie* en *transdisciplinair denken*. Bij transdisciplinaire kennisintegratie wordt via multidisciplinaire input gezocht naar nieuwe discipline-overstijgende kennis (Godeman 2008, Hoffmann 2017). Dit kan bijvoorbeeld betrekking hebben op nieuwe inzichten

via kennis over hoe armoede, ouderlijke psychopathologie, stress, opvoedkwaliteit en de ontwikkeling van cognitieve en emotionele hersensystemen op elkaar van invloed zijn. Een ander voorbeeld vormt het integreren van kennis over de rol van sociale steun bij opvoeden en kennis over de netwerk-ontwikkeling via sociale media.

## 6.3. Input vanuit preventiewetenschap

Preventiewetenschap heeft zich decennia lang vooral bezig gehouden met de ontwikkeling en implementatie van bewezen-effectieve interventies. Ze maakte werk van het voorkomen van mentale, emotionele en gedragsproblemen en stoornissen en van het versterken van de mentale gezondheid, met name onder kinderen en jongeren (National Research Council and Institute of Medice, 2009). Recentelijk is ook aandacht ontstaan voor strategieën van opschalen, maatschappelijk bereik en impact (Fagan et al.2019).

Preventie wetenschap volgt niet alleen het pad van fundamentele kennis over risico- en beschermende factoren naar effectieve preventieprogramma's. Effectonderzoek in preventie kan omgekeerd ook wetenschappelijke kennis opleveren over evidenced-based factoren. Zo bespreken Ryzin et al 2018 basale inzichten die uit effectstudies rond opvoedinterventies zijn ontstaan:

*Although a relatively new area, some studies are showing effects of family and parenting programs on brain systems that support cognition and self-regulation (Tachibana et al., 2012). The effects are particularly pronounced in impoverished children (e.g., Neville et al., 2013) and children with more severe behavioral issues (Scott & O'Connor, 2012). Finally, there is also evidence that parenting programs can significantly alter cortisol rhythms in a way that is reflective of improved stress regulation (Fisher, Van Ryzin, & Gunnar, 2011).*

### Specifieke bijdragen

De bijdragen vanuit de preventiewetenschap spitsen zich vooral toe op de volgende thema's:

- De ontwikkeling van het concept van 'evidence-based' interventies en het internationale pleidooi vanuit de preventiewetenschap om dit type interventies te gebruiken als belangrijkste instrument om de preventiepraktijken wereldwijd meer effectief te maken.

- Verschil tussen bewezen effectiviteit in experimenteel onderzoek (efficacy) en effectiviteit wanneer erkende interventies in de praktijk worden uitgevoerd (effectiveness).

- Er wordt in de preventiewetenschap veel belang gehecht aan interventietrouw, dat wil zeggen het implementeren van effectief-bewezen interventies in de praktijk overeenkomstig het oorspronkelijke ontwerp (protocol) dat in onderzoek effectief bevonden is. Vooral de laatste 10 jaar groeit steun voor juist het andere belang: het aanpassen van erkende interventies aan lokale situaties, doelgroepen, behoeften, aanwezige risicoprofielen en culturele kenmerken. Dus erkende interventies juist op maat maken om de effectiviteit ervan in nieuwe situaties te behouden of zelfs versterken.

- Samenhangend met deze laatste visie, heeft zich binnen de preventiewetenschap een sterke ontwikkeling voorgedaan naar onderzoek naar werkzame elementen, factoren en principes in preventieve interventies. Dit heeft veel nieuwe kennis opgeleverd die ingezet kan worden om interventies aan te passen en verder te verbeteren met meer effect als resultaat, maar ook om de kwaliteit van nieuwe of 'bottom up' activiteiten of interventies te versterken. In Nederland is op basis van de kennis over werkzame factoren bij de ontwikkeling van preventieve interventies het PREFFI-2.0 instrument ontwikkeld waarmee professionals en

organisaties systematisch aan de verbetering van effect en impact van interventies en programma's kunnen werken (Molleman, Ploeg, Hosman & Peters 2006; De Vries, Hosman, Engels,1995). Het CIKEO-deelrapport II geeft een uitvoerig overzicht van bewezen werkzame elementen binnen opvoedinterventies (Crone et al. 2020)

- De ontwikkeling van enkelvoudige naar samengestelde programma's, met Communities-that-Care en Tripple P als een succesvolle internationale voorbeelden. We hebben dit ook besproken in hoofdstuk 5 waarin we rapporteerden over nieuwe ontwikkelingen in gemeenten.

- De preventiewetenschap heeft het verspreidingsparadigma van de landelijke databanken van effectieve en veelbelovende interventies geïntroduceerd. Inmiddels bestaan dergelijke databanken over de hele wereld en ook in Nederland met name bij het Nji, RIVM en Movisie.

- Investeren in opschalen. Recentelijk is ook door de Society for Prevention Research (SPR) het thema 'opschalen' van bewezen-effectieve interventies hoog op de agenda gezet vanwege de constatering dat deze interventies nog steeds weinig gebruikt worden binnen gezondheidszorg, welzijnsorganisaties en andere publieke domeinen. Het rapport van de MAPS IV Task Force (Fagan et al. 2009) en reacties daarop (Weaver et al. 2019, Sims et al. 2019, Tolan 2019) heeft vele suggesties voor strategieën van opschalen opgeleverd waarvan wij in par. 8.3 een reeks voorbeelden geven.

- Toenemend inzicht in de vele context factoren die van invloed zijn op de adoptie, implementatie en verspreiding van evidence-based interventies, zoals expertise van organisaties en professionals, ondersteunend beleid en structurele financiering van preventie.

## 6.4. Input vanuit implementatie wetenschap

De afgelopen 20 jaar heeft het onderzoek naar implementatie van preventieve interventies zich ontwikkeld tot een stevig internationaal wetenschapsgebied met hierop gespecialiseerde wetenschappelijke tijdschriften en expertisecentra. Sinds eind jaren negentig zijn er een groot aantal modellen ontwikkeld over verspreiding, adoptie en implementatie van evidence-based interventies. Overzichten hiervan zijn onder meer te vinden in Tabak et al. (2013) en Albers et al. (2017). In ons land hebben Fleuren, Wiefferink en Paulussen (2006) inzicht gegeven in de verschillende factoren die op de implementatie van innovaties in de gezondheidszorg van invloed zijn.

Lastig is dat het begrip 'implementatie' in de wetenschappelijke literatuur op verschillende wijzen wordt gedefinieerd. De smalle definitie is: de wijze waarop en de kwaliteit waarmee een bewezen-effectieve interventie in de praktijk wordt uitgevoerd (zie Durlak en Dupre, 2008). De kwaliteit hiervan wordt vooral afgemeten aan de mate waarin de uitvoering overeenkomt met de formele richtlijnen voor de interventie (protocol). De gedachte is dat het effect van een interventie in de praktijk afhangt van de mate waarin een interventie precies wordt uitgevoerd overeenkomstig het oorspronkelijke model waarvan in experimenteel onderzoek de werkzaamheid is aangetoond. Dit wordt ook wel interventie-trouw of 'fidelity' genoemd. Door anderen is dit verbreed naar wat nodig is voor een hoogkwalitatieve uitvoering van de interventie, waaronder de deskundigheid van de aanbieders.

Naast deze nadruk op interventietrouw is geleidelijk het besef ontstaan dat bewezen-effectieve interventies met name gebaseerd zijn op een hoge *interne validiteit* (conclusies gebaseerd op gecontroleerd onderzoek). Minder weten we over de generaliseerbaarheid van hun effectiviteit wanneer dezelfde interventie in andere contexten of bij iets andere groepen van deelnemers wordt uitgevoerd (*externe validiteit).* Het alternatieve idee is dat effectiviteit steeds afhankelijk is van de mate waarin bewezen-effectieve interventies afgestemd zijn op de specifieke kenmerken, behoeften, mogelijkheden, cultuur en context van

deelnemers in de nieuwe implementatie situatie. Dit kan vereisen dat 'evidence-based' interventies juist moeten worden aangepast om hun effectiviteit te kunnen behouden. De kwaliteit van implementatie wordt dan juist bepaald door het flexibel, adaptief en deskundig omgaan met werkzame interventies op basis van gedegen kennis over een lokale doelgroep of een specifieke groep deelnemers.

De *brede invulling* van het begrip implementatie is simpel gezegd: het hele proces dat nodig is om te zorgen dat een bewezen-effectieve interventie in de praktijk met succes wordt uitgevoerd resulterend in het beoogde effect. Dit betreft niet alleen een kwalitatief hoogwaardige uitvoering, maar omvat ook alle stappen die nodig zijn om de interventie breed bekend te maken en breed geadopteerd en uitgevoerd te krijgen. Dit betekent ook het investeren in alle structurele voorwaarden die daarvoor nodig zijn te krijgen, zoals ondersteunend beleid, maatschappelijk draagvlak, capaciteit, financiering en organisatie. Deze brede visie op implementatie is nodig voor het realiseren van een groot bereik. Deze bredere optiek brengt ook aandacht voor meer structurele factoren met zich mee die op het brede gebruik en bereik van deze interventies van invloed zijn.

## 6.5. Input vanuit de collectieve impact benadering

De Collectieve Impact (CI) benadering is een gestructureerde en gedisciplineerde aanpak vanuit meerdere sectoren gericht op het gezamenlijk duurzaam oplossen of verminderen van een gemeenschappelijk sociaal probleem in de bevolking of een lokale samenleving (Kania & Kramer 2011, Kania et al. 2015). Uitgangspunt vormt de visie dat complexe sociale problemen nooit door slechts één interventie of slechts één organisatie kunnen worden opgelost maar alleen middels een gezamenlijke aanpak van relevante samenwerkende partners die gebruik maken van een goed onderbouwde combinatie van werkzame, elkaar aanvullende en versterkende interventies. De CI-aanpak verwijst dus niet alleen naar publieke en maatschappelijke impact als doel, maar ook naar een gezamenlijke werkwijze om die impact te realiseren. De Collectieve Impact benadering biedt een conceptueel en methodisch referentiekader voor wat vaak in vage termen omschreven is als een 'integrale aanpak' binnen gemeenten.

Collectief gaat daarbij gepaard met het respecteren van de eigenheid en zelfstandigheid van de betrokken partners. Er wordt optimaal van de eigen identiteit en kracht van de afzonderlijke organisaties gebruikt gemaakt. Tegelijkertijd wordt gewerkt aan een slimme onderlinge afstemming en mix van elkaar versterkende bijdragen. Verwacht wordt dat door hun 'collectieve invloed' de partners samen meer maatschappelijke impact en een meer de doelmatige inzet van middelen kunnen realiseren. De samenwerking biedt ook de afzonderlijke partners juist kansen om beter te scoren op hun eigen doelen en specialiteiten. Deze transformatie vereist van organisaties en managers een omslag in denken. Voorbeelden hiervan zijn: succes vereist niet alleen rationele maar ook relationele innovatie; van denken in oplossingen via aparte interventies naar oplossingen via het combineren van krachten; het delen van succes is maatschappelijk zeker zo belangrijk als het opeisen van eigen succes (Kania et al. 2014).

De collectieve impact benadering is gebaseerd op 5 fundamenten (Kania & Kramer 2011; Kania, Hanleybrown & Juster 2015): 1) Gemeenschappelijk doel en agenda: 2) Gemeenschappelijke monitoring; 3) Elkaar versterkende activiteiten; 4) Communicatie, uitwisseling en leren; 5) Ondersteunende organisatievorm. Het gedachtengoed van de Collective Impact benadering heeft de afgelopen jaren wereldwijd een positieve respons gekregen en de benadering wordt inmiddels op tal van sociale thema's toegepast, zoals bijvoorbeeld bij preventie van overgewicht tijdens de eerste 1000 dagen (Blake-Lamb et al. 2018; Meinen et al. 2016), borstvoeding (Leruth et al. 2017), veilig thuis (Niemelä et al. 2019), preventie van gedragsproblemen bij jeugd in hoog-risico buurten (Kingston et al., 2016), suïcide preventie (Law et al. 2019), preventie van kanker (Hiatt et al. 2018), valpreventie (Markle-Reid et al. 2017, raciale ongelijkheid in moeder-kind gezondheid (Landry et al. 2020),leiderschapsontwikkeling voor vrouwen en mensen uit minderheden (Grumbach & Davis 2018) en bij de aanpak van mentale problemen bij ouderen (Gutmanis et al. 2017).

## 6.6. Input vanuit expertisegebieden over bereik

Onder *bereik* verstaan we hier het publieke bereik, het aantal of percentage mensen in een doelpopulatie (ouders) dat blootgesteld wordt aan de invloed van een preventieve opvoedinterventie. Die invloed kan *rechtstreeks* zijn door directe participatie aan een interventie of *indirect*, wanneer deelnemers aan interventies het geleerde doorgeven aan andere ouders (uitstralingseffect). Dit sluit aan op de bevinding in dit CIKEO onderzoek dat 83.9% van de ouders bij vragen over opvoeding gebruik maakt van tips en adviezen van familie, vrienden en kennissen (Fierloos et al, 2020, CIKEO deelstudie). Naast de begrippen direct en indirect bereik worden ook de termen selectief bereik (bereik alleen binnen een selecte groep) en cumulatief bereik gebruikt (het gezamenlijke bereik van meerdere interventies gericht op dezelfde doelgroep).

Er is vanuit verschillende expertisegebieden gezocht naar antwoorden op de vraag: *Wat beïnvloedt het bereik van effectieve opvoedinterventies in de samenleving en hoe kan dit bereik vergroot worden?* Het gaat om drie expertisegebieden: (1) diffusie en disseminatie van sociale innovaties, (2) sociale marketing en (3) strategieën van opschalen. In ieder van deze gebieden vormt vergroten van het bereik van interventies een centraal thema.

### Expertisegebied: Diffusie en disseminatie van innovaties

Dit kennisgebied is vanaf de zestiger jaren ontwikkeld door Everett Rogers (1960, 2005; Green et al. 2009). *Diffusie* is het proces waarlangs een innovatie, bijvoorbeeld een nieuwe opvoedapp, zich via bepaalde kanalen verspreid binnen een groep, systeem of samenleving. *Disseminatie* betreft het actief en planmatig verspreiden van kennis over een innovatie, zoals een nieuwe werkzame opvoedinterventie, naar potentiële gebruikers met als doel te bevorderen dat zij de innovatie adopteren en daadwerkelijk gaan gebruiken. De diffusie en implementatie theorie heeft zich de afgelopen jaren verder ontwikkeld en is een essentieel element geworden binnen het terrein van de volksgezondheid, preventiewetenschap en implementatiewetenschap (Greenhalgh et al. 2004, Dearing 2008, IOM 2009)

### Bijdragen vanuit dit expertisegebied

- *Fasering.* In het proces van werkzame interventie naar duurzame implementatie worden de volgende stappen onderscheiden: disseminatie, adoptie, adaptatie, implementatie, institutionalisering.

- *Innovatiekenmerken.* Inzicht in kenmerken van innovaties en interventies die succesvolle disseminatie en adoptie bevorderen, zoals begrijpelijkheid, aantrekkelijkheid, mogelijkheid voor uit proberen, lage complexiteit, inzicht in meerwaarde en overdraagbaarheid van de innovatie.

- *Voorlopers, volgers en trage volgers.* Segmenteren van doelpopulaties op basis van hun motivatie voor en snelheid van het adopteren van innovaties: 'innovators, early adopters, early majority, late majority, laggards'. Aan dit onderscheid is Rogers' hypothese over 'critical mass' gekoppeld. Hij suggereert dat er eerst voldoende mensen een innovatie geaccepteerd moeten hebben (innovators, early adopters) voordat de meerderheid van mensen geprikkeld wordt om over te gaan op het accepteren en gebruiken van een innovatie. Gezien het nog steeds lage gebruik van preventieve interventies zou dit een interessante gedachte zijn met het oog op het versterken van het bereik. Er blijkt echter nog weinig onderzoek te zijn gedaan naar de validiteit van deze veronderstelling.

- *Kennissynthese en kennisintegratie.* Dit aspect wordt zowel in de disseminatietheorie (Green et al. 2009) als in de translationele wetenschap sterk benadrukt. Disseminatie betreft niet alleen het verspreiden van innovatieve interventies maar ook de verspreiding van innovatieve kennis. Bij dit laatste kan het gaan om wetenschappelijke bevindingen van de laatste 5 á 10 jaar, bijvoorbeeld inzichten over werkzame elementen die men wil verspreiden onder beleidsmakers, praktijkinstellingen en professionals. Doel is te bevorderen dat zij met behulp van deze kennis de kwaliteit van hun beleidsbeslissingen en de kwaliteit van de praktijk verbeteren en daarmee beter in staat zijn via hun werk sociale problemen te voorkomen.

Om dit succesvol te toen is er extra investering nodig in het transparant samenvatten (synthese) en integreren van de vaak omvangrijke nieuwe kennis uit uiteenlopende bronnen. Zoals zichtbaar is geworden in de afgelopen 20 jaar is het samenvatten van inzichten in transparante en verhelderende modellen (kennismodellen) een belangrijk instrument daarbij.

### Expertisegebied: Sociale marketing

Dit betreft het expertisegebied waarin systematisch concepten, inzichten en technieken vanuit het commerciële marketing domein worden toegepast op het oplossen van sociale vraagstukken (Kotler et al., 2002, 2008). De volksgezondheid is daarbij een belangrijk toepassingsgebied (Grier & Bryant 2005, Resnick & Siegel 2013). Op het gebied van opvoedinterventies zijn inzichten en methoden van sociale marketing nog weinig toegepast, afgezien van de expliciete en succesvolle toepassing ervan binnen het Triple P programma (Sanders & Mazzucchelli 2018; Wilkinson 2018).

### Bijdragen vanuit dit expertisegebied

- *Vraag – aanbod model.* Hoewel de term een commerciële oorsprong heeft, is het denken in het beter op elkaar afstemmen van vraag en aanbod ook binnen het sociale domein relevant. Dat geldt ook voor het gebied van opvoededucatie en effectieve opvoedinterventies. Sinds de jaren 1990 is in de preventiewereld vooral gewerkt aan de aanbod kant, bewezen effectieve interventies ontwikkelen. Inzicht in de vraag naar preventieve interventies en een effectieve en doelmatige afstemming van vraag en aanbod op elkaar is nog een zwak ontwikkeld gebied binnen preventie.

- *Marktdenken.* Als we preventieve opvoedinterventies als een product of dienst beschouwen waarvan we het gebruik uit maatschappelijke overwegingen willen stimuleren, zijn ouders als een sociale markt te beschouwen. In de sociale marketing gaat het niet alleen om het veroveren van een markt maar ook om aansluiten op wat in een markt aan behoeften leeft en wat een markt (lokale gemeenschap) nodig heeft aan soort 'producten' om de kwaliteit van hun leven en de toekomstkansen van jeugdigen te verbeteren. Vanuit deze optiek is redeneren van uit bottom-up ontwikkelingen, burgerinitiatieven, sociale netwerken, samenredzaamheid en 'civil society' uitermate belangrijk. Pas recentelijk komt hier meer oog voor. Er zijn nog veel onbeantwoorde vragen als het gaat om het productief bij elkaar brengen van top-down producten en ontwikkelingen vanuit de samenleving zelf.

- *Ansoff's strategische kansen matrix,* afkomstig uit de marketingsector, biedt ook voor opvoededucatie en jeugdpreventie meerdere strategische ingangen voor een groter maatschappelijk bereik via het werken aan (a) marktpenetratie (meer ouders bereiken met interventie X), marktontwikkeling (de vraag naar opvoededucatie vergroten), productontwikkeling (werking van interventies verbeteren en beter aansluitend op behoeften), en diversificatie (preventieve opvoedinterventies koppelen aan andere diensten waaraan ouders en gezinnen behoefte hebben).

- Meerdere kanalen en methoden gebruiken om doelgroepen te bereiken en te beïnvloeden. Voor de toeleiding naar opvoedinterventies of de verspreiding van kennis over opvoeding kunnen vanuit een sociale marketing perspectief uiteenlopende kanalen en methoden gebruikt worden. Traditioneel zijn het vooral professionele zorgverleners in eerstelijnszorg, jeugdgezondheidszorg en welzijnszorg die via persoonlijke communicatie ouders toeleiden naar beschikbare opvoedinterventies Daarnaast kunnen ook scholen een rol spelen bij toeleiding naar preventieve en ondersteunende opvoedinterventies. De afgelopen 10 à 15 jaar is ook veel online-aanbod van informatie over opvoeding en opvoedinterventies ontwikkeld en de ontwikkeling van ondersteunende apps zal verder toenemen. Binnen sociale marketing wordt ook gebruik gemaakt van het vergroten van de toegankelijkheid via aandacht in de media, advertenties, ideële markten en entertainment educatie.

- *Stakeholder context*: Sociale marketing gaat niet alleen over de relatie tussen een product of dienst en consumenten (ouders), maar over de onderlinge afstemming en samenwerking tussen alle betrokken partners. Naast de consumenten zijn dat de toeleidende instanties (verwijzers), lokale aanbieders van interventies, professionals, ondersteunende instanties, financiers en overheid. Sociale marketing expertise kan ingezet worden om de verschillende belangen van partners zichtbaar te maken, begrip voor elkaars belangen te kweken en daardoor vruchtbare samenwerking mogelijk te maken.

### Expertisegebied: Opschalen

Opschalen is een concept dat al bijna 20 jaar geleden geïntroduceerd is en tegenwoordig in tal van sectoren gebruikt wordt, waaronder de gezondheidszorg (o.a. WHO), de sociale innovatie sector (bv. milieu) en het bedrijfsleven Toegepast op de volksgezondheid verwijst opschalen naar alle inspanningen om de publieke impact van bewezen-effectieve preventieve interventies, preventieprogramma's of preventiebeleid te versterken door te zorgen dat deze een groter aantal mensen in de samenleving bereiken (gebaseerd op WHO 2009, Cooley & Linn 2014). Dit sluit nauw aan bij het thema van ons rapport. Publicaties over opschalen zijn in een groot aantal wetenschappelijke tijdschriften te vinden, waaronder The Lancet, Prevention Science, Implementation Science, en tijdschriften op het terrein van gezondheidsbeleid en volksgezondheid, psychologie en psychiatrie. Gezien het bestaande beperkte bereik is het aan te bevelen de kennis en leerervaringen uit dit gebied ook voor preventieve opvoedinterventies in te zetten. Dit expertisegebied heeft eigen inzichten opgeleverd en is er aandacht voor elementen die ook bij andere benaderingen terug te vinden zijn: het maken van een strategisch plan, procesmanagement, en aandacht voor disseminatie, adoptie, implementatie en bereik, en het identificeren van factoren die daar in bevorderende of belemmerende zin op van invloed zijn. Ook evidence-based werken, onderzoek en een continue leerproces vormen steeds terugkerende elementen.

### Bijdragen vanuit dit expertisegebied

- *Modellen en referentiekaders.* Ter ondersteuning van het opschalen van werkzame interventies zijn meerdere modellen ontwikkeld die onderling verschillen in oriëntatie. Er zijn ondersteunende referentiekaders opgebouwd rond onderscheiden fasen in het proces van opschalen ( IFAD model, Cooley & Linn 2014), strategieën van opschalen (WHO ExpandNet Model, WHO 2016), en een ecologisch model van betrokken sociale systemen en voorwaarden voor opschalen (Fagan et al. 2019).

- *Proces van opschalen.* Benadrukt wordt dat ook het opschalen het best vormgegeven kan worden als een leerproces, waarin eerst via pilots kleinschalig met opschalen ervaring wordt opgedaan voordat op grotere schaal aan opschalen gewerkt wordt. Bovendien is het belangrijk duidelijke doelen te stellen ten aanzien van de gewenste omvang van opschalen.

- *Beoordelen schaalbaarheid.* Om interventies te kunnen opschalen moeten deze interventies en hun context eerst systematisch beoordeeld worden op kansen voor opschalen. Recentelijk hebben Milat en anderen (2019, 2020) hiervoor de ISAT (een beoordelingsinstrument voor schaalbaarheid) ontwikkeld. Het instrument bestaat uit 10 beoordelingsthema's. Deel A betreft de beoordeling van de interventie en de context daarvan (probleem, interventie, bewijs voor effectiviteit, politieke en strategische context, kosten en baten) en deel B gaat over implementatie in brede zin (interventietrouw versus aanpassing, bereik en aanvaardbaarheid, implementatie setting en capaciteit, infrastructuur en duurzaamheid). Met behulp van deze dimensies kan de schaalbaarheid van interventies beoordeeld en onderling vergeleken worden, kansen en zwakke plekken worden ingeschat, en een gericht plan van aanpak voor opschaling gemaakt worden.

- *Opschalen tegelijk op meerdere fronten.* Het 'opschalen' van het gebruik en bereik van werkzame interventies vereist allereerst investering in het opschalen van ieder van de benodigde stappen, zoals in het opschalen van disseminatie, adoptie en implementatie (A), maar ook investering in het

opschalen van structurele voorwaarden die hiervoor nodig zijn (B), zoals organisatie, coalitievorming, financiële middelen, training- en aanbodcapaciteit, expertise en verankering van preventieve opvoededucatie in ondersteunend gemeentebeleid en gemeentelijke monitoringsystemen (Mangham & Hanson 2010, Milat et al. 2015). Een belangrijke leerervaring uit dit expertisegebied is dat voor een succesvolle opschaling van interventies, opschaling in alle procesfasen en van alle randvoorwaarden nodig is.

- *Meer strategieën voor opschalen.* Opschalen kan op vele wijzen kan plaatsvinden. Geografisch kunnen kleine succesvolle experimenten met een opvoedinterventie verbreed worden naar aanbod binnen gehele wijken en stadsbreed. Opschaling kan ook gerealiseerd worden door een erkende interventie te integreren in bestaande programma's of producten die reeds over een breed maatschappelijk bereik beschikken. Voor opschalen kan een planmatige marketingstrategie gebruikt worden, maar opschalen kan ook door aansluiting te zoeken bij maatschappelijke trends en sociale bewegingen, bijvoobeeld rond burgerparticipatie, strijd tegen armoede, of emancipatiebewegingen. Ook de eerder besproken expertisegebieden bevatten ingangen voor opschalen, zoals het inzetten van specifieke motivatiestrategieën om 'volgers' en 'trage volgers' tot participatie te stimuleren, het gebruik maken van strategieën met een breder maatschappelijk bereik (bv. sociale media). Opschaling van de toepassing van werkzame principes bij succesvolle opvoeding via internet en andere media is wellicht kansrijker dan het streven naar een verhonderdvoudiging van het aantal deelnemers aan een erkende groepsgewijze opvoedcursus. Een combinatie van opschalingsstrategieën biedt waarschijnlijk de meeste kans op succes.

- *Management.* Succesvol opschalen van preventieve opvoedinterventies vereist management van dit proces. De vraag is tot wiens taak het behoort om het initiatief te nemen tot een systematische aanpak van het opschalen van erkende preventieve opvoedinterventies. Het management hiervan kan op landelijk of gemeentelijk niveau liggen en vermoedelijk is een gedeeld management tussen landelijke en lokaal niveau het meest wenselijk, zoals zich dat heeft ontwikkeld rond het programma Kansrijke Start.

## 6.7. Belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie en bereik

Om disseminatie, implementatie en bereik van effectieve opvoedinterventies onder ouders in een gemeente te bevorderen is het cruciaal goed zicht te hebben in het krachtenspel van factoren die daarop een bevorderende of belemmerende invloed hebben. Verbeteren van deze factoren kunnen we als doel kiezen van specifieke interventies of van verbeteringen in bestaande interventies om daarmee uiteindelijk de publieke impact te verbeteren.

Bij de voorgaande bespreking van kennisbijdragen vanuit verschillende disciplines en expertisegebieden zijn we reeds een aantal van deze bevorderende en belemmerende factoren tegengekomen. We hebben daarnaast nog een specifieke literatuursearch gedaan naar wetenschappelijke kennis over dit type factoren. Daaruit blijkt dat hun aantal weliswaar omvangrijk is, maar dat er grote overeenstemming bestaat over hun clustering. Vrij algemeen worden er vijf typen van bevorderende en belemmerende factoren onderscheiden: (1) interventiekenmerken, (2) kenmerken van gebruikers (professionals of andere uitvoerders), (3 kenmerken van hun organisaties, (4) kenmerken van eindgebruikers (bv. ouders), en (5) structurele contextkenmerken. In de onderstaande figuur hebben een overzicht gegeven van factoren die uit onderzoek als bevorderend of belemmerend naar voren kwamen, ingedeeld in deze vijf clusters.

**Figuur 6.2** Bevorderende en belemmerende factoren bij adoptie, implementatie, bereik en impact




## 6.8. Posities van verschillende wetenschapsgebieden in het traject naar impact

In de hierboven besproken invalshoeken wordt met gefaseerde procesmodellen gewerkt, waarin de belangrijkste stappen in de aanpak beschreven worden die voor het betreffende wetenschaps- of expertisegebied kenmerkend zijn. Ook analyseren ze de factoren die op deze processen van invloed zijn en daarmee op het beoogde eindresultaat. De verschillende wetenschaps- en expertisegebieden die we bespraken verschillen in waar hun startpunt en belangrijkste eindpunt ligt maar in het traject tussen het fundamentele wetenschappelijke kennis en het realiseren van publieke en maatschappelijke impact overeenkomstig de doelen van preventiebeleid of van preventieve interventies.

Zo start het *translationele model* bij fundamentele kennis die vervolgens vertaald wordt naar innovaties die relevant zijn voor de samenleving. De focus van *preventiewetenschap* draaide aanvankelijk vooral om het ontwikkelen van wetenschappelijk onderbouwde interventies en een zorgvuldige experimentele toetsing van hun werkzaamheid (efficacy), het verder versterken van evidentie hiervoor en het vervolgens verspreiden van 'effectieve' interventies en het stimuleren van hun implementatie. *Implementatiewetenschap* start bij de beschikbaarheid van effectieve interventies en richt zich vervolgens op de processen en factoren die van invloed zijn op hun disseminatie, adoptie, implementatie (professioneel gebruik) en borging.

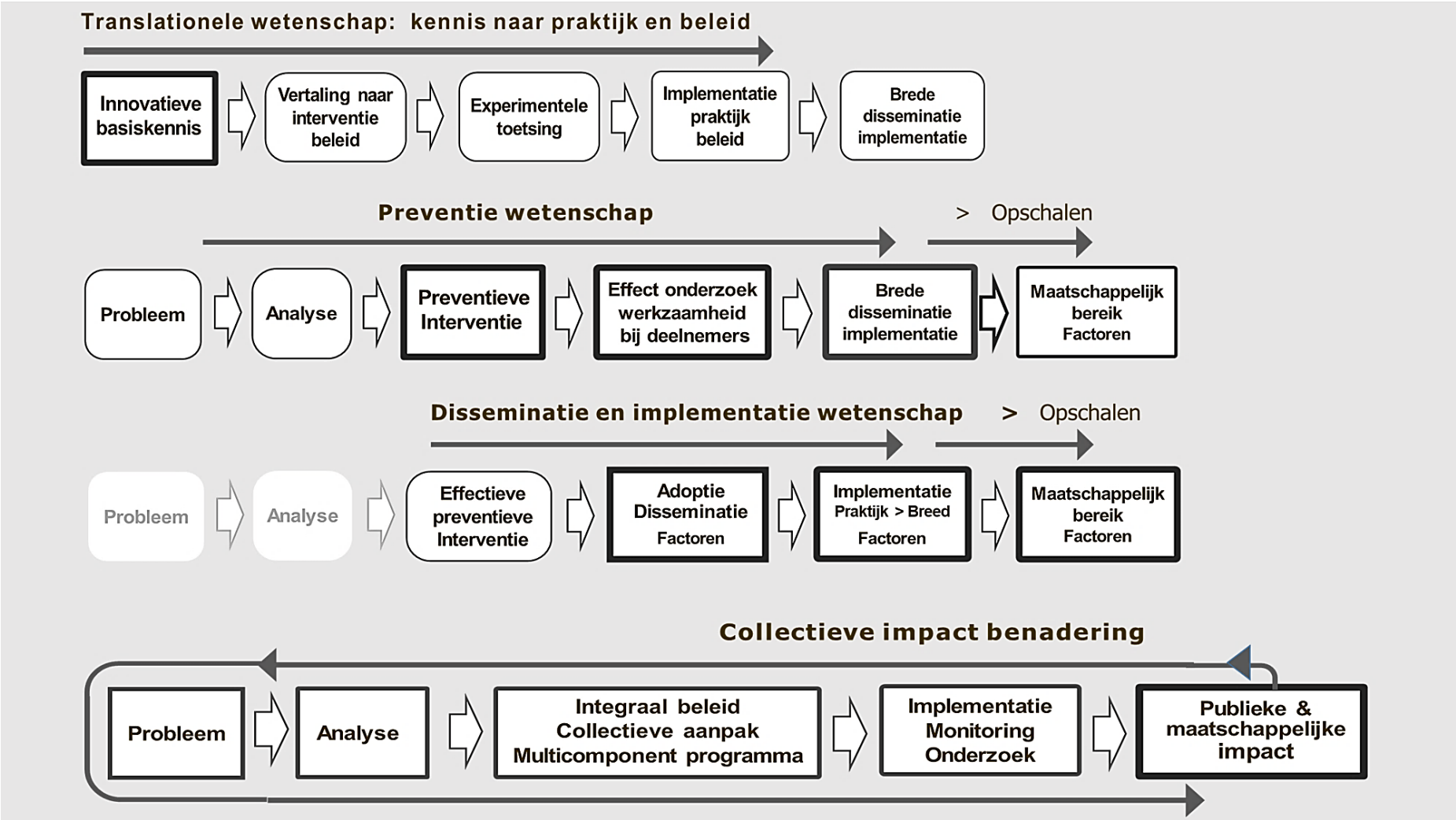
Expertisegebieden zoals *sociale marketing* en *opschaling* bieden inzicht in wat nodig is om te zorgen dat burgers, doelgroepen en populaties bereikt worden door beschikbare innovaties en dat er op grote schaal door eindgebruikers (bv. ouders) aan geparticipeerd wordt. De *Collectieve Impact benadering*, afkomstig uit het gebied van sociale innovatie, start juist bij het einde van het traject door eerst collectief het beoogde maatschappelijke resultaat (impact) binnen een geografisch gebied (bv. gemeente of regio) te definiëren en dan samen met lokale partners terug te redenen naar wat allemaal in diverse fasen gedaan en ontwikkeld moet worden om deze impact echt te verwezenlijken.

In Figuur 6.3 hebben we deze verschillende positioneringen langs het traject van basiskennis tot impact schetsmatig weergegeven. De verschillende positionering heeft ook sterk te maken met de periode waarin deze wetenschapsgebieden zich hebben ontwikkeld. De temporele volgorde weerspiegelt de ontwikkelingsfasen in het totale preventie, volksgezondheidsgebied en sociale domein ruwweg tussen 1980 en 2020.

## 6.9. Tot slot

Deze reis langs verschillende disciplines en expertisegebieden heeft een rijke schakering aan bruikbare bouwstenen en werkzame principes opgeleverd die ingezet kunnen worden om het brede gebruik van erkende opvoedinterventies in gemeenten en het bereik ervan binnen de doelpopulatie van ouders sterk te vergroten. In de volgende twee hoofdstukken integreren we inzichten en bouwstenen in een samenhangend aanpak, beschreven in het IM-PACT model en het IM-PACT management model.

**Figuur 6.3** Posities van verschillende wetenschaps- en expertisegebieden in het traject van basale wetenschappelijke kennis naar publieke en maatschappelijke impact

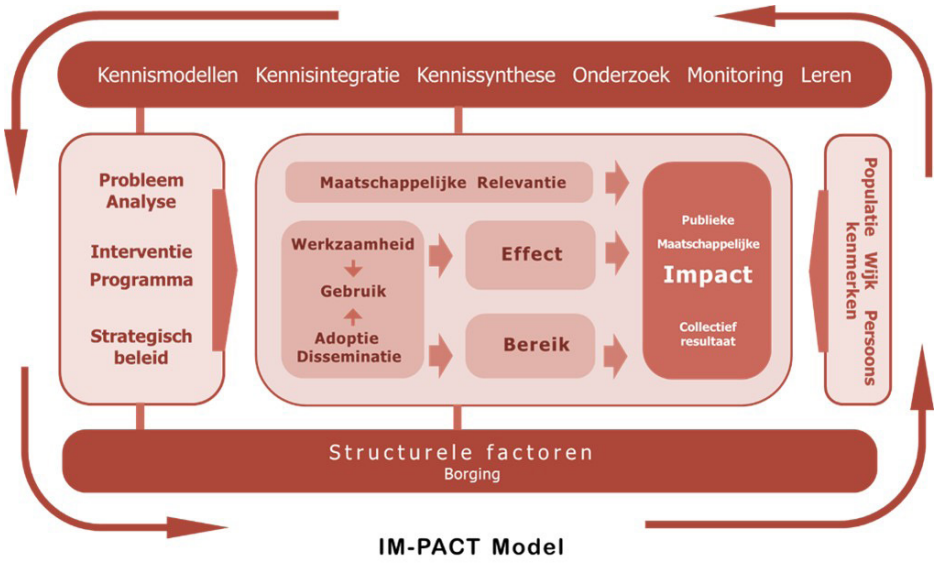


# 7 Van analyse naar impact: IM-PACT model

## 7.1. Inleiding

In dit hoofdstuk brengen we kennis en inzichten samen over hoe en onder welke voorwaarden preventieve opvoedinterventies kunnen leiden tot aantoonbare maatschappelijke resultaten (impact) overeenkomstig beleidsdoelen van gemeenten en lokale partners. We presenteren het IM-PACT model, opgebouwd uit elementen ontleend aan de bijdragen uit diverse wetenschappelijke disciplines en expertisegebieden zoals hiervoor beschreven. In figuur 7.1 is de basisversie van het model weergegeven dat de belangrijkste elementen en processen van het model weergeeft. In het model aan het einde van dit hoofdstuk zijn de verschillende elementen specifieker uitgewerkt.

**Figuur 7.1** IM-PACT model




*Doel van het model* is inzicht te bieden in de stappen, factoren en strategieën die bepalend zijn voor het realiseren van publieke en maatschappelijke impact middels het inzetten van werkzame preventieve interventies en de werkzame elementen daarvan. Hoewel het model in algemene termen geformuleerd is, biedt het ook een bruikbaar referentiekader bij de ambitie om via preventieve opvoedinterventies de kwaliteit van opvoeding en de kansen op een positieve ontwikkeling van kinderen en adolescenten in lokale gemeenschappen te verbeteren.

*Volksgezondheidsperspectief.* Het IM-PACT model is bedoeld als een kader voor toepassing binnen het domein van volksgezondheid en preventie. Om deze redenen is het gericht op het realiseren van processen en resultaten op het niveau van bevolkingsgroepen, wijken en gemeenten. Daarmee onderscheidt dit model zich van modellen die primair gericht zijn op toepassing van inzichten over adoptie en implementatie in de klinische behandelpraktijk of bij individuele voorlichting. Dit is geen strikt onderscheid omdat ook binnen de publieke gezondheidszorg sprake is van professional-cliënt relaties (bv. JGZ) en werkzame elementen van preventief handelen ook binnen wijkteams en de eerstelijnszorg toegepast kunnen worden.

*Impact realiseren als startpunt.* Veel van de eerder besproken referentiekaders startten ofwel bij nieuwe kennis ofwel bij nieuwe interventies en zijn vervolgens gericht op de processen die nodig zijn om het gebruik van deze kennis en interventies in beleid en praktijk te bevorderen. Het IM-PACT model start bij het einddoel, namelijk het verminderen van een vaak complex sociaal probleem of sociale ambitie in een lokale samenleving, dus bij de uiteindelijke publieke en maatschappelijke impact die beoogd wordt.

*Een integraal model.* Het IM-PACT model gaat over het gehele proces van probleemanalyse via werkzame interventies tot aan de realisering van publieke en maatschappelijke impact. De reden hiervoor is dat alle fasen, inclusief de fase van probleemanalyse, ingangen bieden om aan impact maximalisering te werken. Het IM-PACT model wil lokale partners gezamenlijk een plattegrond bieden van de processen en stappen, de kennisinput, overwegingen en strategische mogelijkheden, soort activiteiten en randvoorwaarden die nodig zijn om publieke en maatschappelijke impact te realiseren. Impact realiseren vereist dat alle voorwaarden op groen staan en een brede combinatie aan strategische ingangen gebruikt wordt.

*Een niet-lineair, cyclisch fasemodel met vele elementen.* Zoals ook in vrijwel alle bestaande referentiekaders over implementatie worden in het IM-PACT model een aantal basiselementen onderscheiden: analyse van problemen of ambities, beleidsontwikkeling, interventie- en programmaontwikkeling (incl. selecteren, verbeteren, aanpassen, inpassen, combineren, effecttoetsing), versterken van relevantie, verspreiding en adoptie, feitelijk gebruik en de uitvoering ervan door lokale aanbieders, effectiviteit in de praktijk, opschalen en realiseren van bereik, zorgen voor structurele randvoorwaarden, en impact realiseren. Het proces is een cyclisch leerproces en waar nodig kan steeds teruggeschakeld worden om voorgaande stappen verder te verbeteren. De hele cyclus wordt begeleid door input van wetenschappelijke en ervaringskennis, monitoring, evaluatie en leren.

*Van enkelvoudige werkzame interventies naar interventiecombinaties in programma's.* In dit IM-PACT model wordt ervan uitgegaan dat enkelvoudige interventies – hoe effectief ook – onvoldoende zijn om publieke en maatschappelijke impact te creëren. Belangrijkste redenen hiervoor zijn: (1) voor het aanpakken van verschillende soorten risico- en positieve factoren en factoren op verschillende niveaus zijn verschillende interventies nodig; (2) doelpopulaties bestaan uit verschillende sociale en culturele segmenten, en mensen met verschillende risiconiveaus en verschillende niveaus van motivatie om aan interventies te participeren, dit vereist een combinatie van aangepaste interventies; (3) naast interventies gericht op de einddoelgroep zijn ook interventies nodig voor het realiseren van noodzakelijke structurele voorwaarden voor succesvolle dissemination, adoptie, implementatie, bereik en opschalen; (4) verschillende fasen vereisen verschillende strategieën en methoden, zoals voor succesvolle implementatie versus voor succesvol opschalen voor een grote maatschappelijk bereik.

*Groei- en leermodel.* Traditionele implementatiemodellen in preventie zijn gebaseerd op de vraag hoe gezorgd kan worden dat een gestandaardiseerde bewezen-effectieve interventie in de praktijk, liefst op vele plaatsten, geadopteerd en geïmplementeerd wordt en dat de uitvoering met hoge kwaliteit plaatsvindt (trouw aan de formele richtlijnen van de werkzame interventie). De oplossing voor het te voorkomen probleem is vooraf geheel gedefinieerd en geoperationaliseerd. Om meerdere redenen wordt tegenwoordig van deze eenzijdige 'top down' strategie afgezien. Het tot stand brengen van publieke en maatschappelijke impact op complexe problemen voltrekt zich niet op basis van een vooraf uitgewerkt en dichtgetimmerd plan (blauwdruk) maar stapsgewijs, ontdekkend, lerend en verbeterend. Om deze reden is het IM-PACT model ontworpen als een cyclisch groei- en leermodel met vele leermomenten en terugkoppelingen.

*Onderscheid in verschillende typen van effect- en impactbegrippen en inzicht in hun relaties.* Het gebruik van een meer gedifferentieerd begrippensysteem is ondersteunend bij het onderscheiden van verschillende strategieën en methoden voor impact management. Zo kan onderzoek naar breedspectrum effecten ('crossover-effecten') van opvoedinterventies meer inzicht bieden in de mogelijkheden die deze interventies bieden voor uiteenlopende gunstige

lange termijneffecten die verder reiken dan de strikte verbetering van opvoedkwaliteit. Deze inzichten kunnen vervolgens weer gebruikt worden om de ervaren relevantie van opvoedinterventies te versterken onder stakeholders met uiteenlopende belangen of waardensystemen en vanuit verschillende maatschappelijke sectoren.

*Een collectieve impact strategie.* Het IM-PACT model is mede gebaseerd op de collectieve impact benadering. Dit betekent dat het realiseren van publieke en maatschappelijke impact niet gezien wordt als een onderneming vanuit een specifieke organisatie, maar een coalitie vereist van meerdere lokale organisaties die via nauwe samenwerking, een gemeenschappelijk doel en een gedeelte strategische visie meerdere op elkaar afgestemde interventies en andere ondersteunende krachten inzetten om collectief de beoogde impact te realiseren. Dit collectieve proces wordt ingevuld als een lerend proces ondersteund door kennis input uit diverse bronnen, waaronder een gemeenschappelijk monitoring systeem.

*Kennistraject.* Het IM-PACT model gaat er vanuit dat de kans op effect en impact afhankelijk is van het systematisch gebruik van wetenschappelijke kennis. Het kan hierbij gaan om kennis over (1) het inhoudelijke thema of probleem, de omvang ervan, de factoren die daarop van invloed zijn en de lange termijn gevolgen, (2) de bewezen werkzaamheid van interventies en hun kernelementen, en (3) hun verspreiding, adoptie, implementatie, bereik in doelpopulaties, de publieke en maatschappelijke impact en (4) de bevorderende en belemmerende factoren die daarop van invloed zijn. Dit betreft kennis uit uiteenlopende wetenschappelijke disciplines, kennis vanuit fundamenteel onderzoek net zo goed als uit toegepast onderzoek, monitoring en evaluatieonderzoek. Daarnaast wordt ook ervaringskennis van professionals, lokale organisaties, beleidsmakers, deelnemers en ervaringsdeskundigen uit de doelgroep van groot belang geacht voor een succesvol traject naar impact. Om het gebruik van deze kennis uit vele bronnen voor praktijk en beleid bruikbaar te maken zijn investeringen nodig in kennissynthese, kennisintegratie en vertaling daarvan in bruikbare kennismodellen voor beleid en praktijk.

## 7.2. IM-PACT model

Het model hebben we de titel IM-PACT gegeven, allereerst uiteraard omdat impact het startpunt en het eindpunt van het model vormt. Door het streepje tussen IM en PACT willen we benadrukken dat het realiseren van maatschappelijke impact een 'PACT' vereist tussen alle betrokken maatschappelijke partijen.

Hierboven hebben we de belangrijkste kernelementen en principes besproken waaruit het IM-PACT model is opgebouwd. Het model is specifieker uitgewerkt in Figuur 7.2. Het model geeft weer hoe de kernelementen onderling gerelateerd zijn en ingebed zijn in een cyclisch ontwikkelings-, implementatie- en leerproces waarlangs impact in een doelpopulatie wordt opgebouwd.

In dit meer uitgewerkte model zijn de kernelementen verder gespecificeerd en onderverdeeld. In het meest linkse kader zijn verschillende deeltaken onderscheiden waaraan gewerkt kan worden bij de analyse van een probleem en vervolgens bij het ontwikkelen van een interventie, combinatie van interventies of een integraal programma.

In het middenblok zijn specificaties aangebracht bij taken die gerelateerd zijn aan implementatie (gebruik van interventies). Daarna is gebaseerd op de formule:

***Impact = f (effecten, bereik, relevantie)***

een onderscheid gemaakt in een aantal soorten van effect en in het directe en indirecte bereik binnen een doelgroep of populatie. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen enkelvoudige, cumulatieve en breedspectrum effecten, interactie-effecten en effectketens.

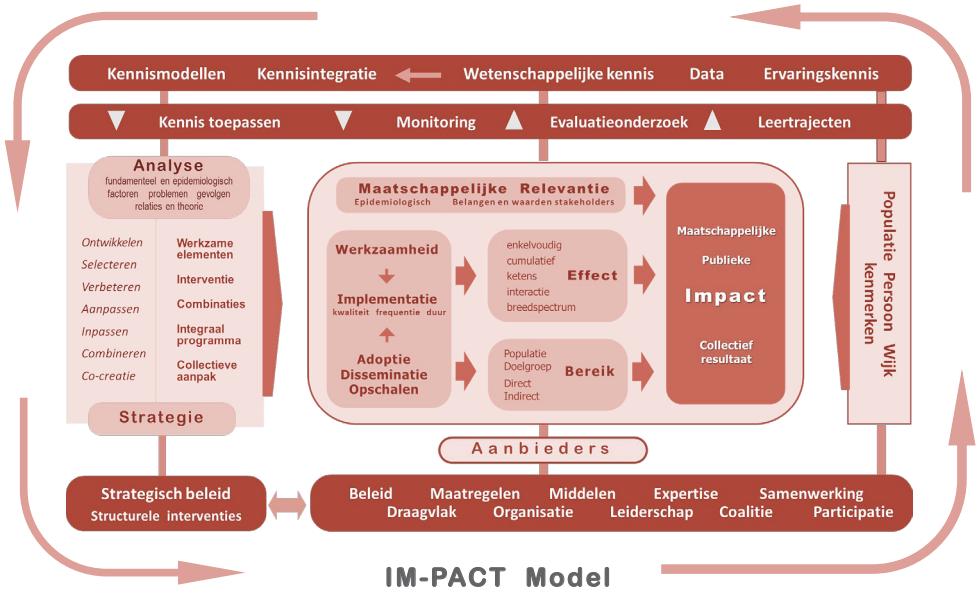
In het onderste segment worden de verschillende structurele factoren die van invloed zijn op de ontwikkeling, implementatie en het bereik van interventies benoemd: beleid, maatregelen, maatschappelijk draagvlak, middelen en expertise, organisatie, leiderschap, samenwerking en coalitievorming, en tenslotte

een vorm van collectieve regie. De aanbieders van interventies vormen de directe link tussen deze structurele factoren en het uitvoeren van interventies, bereiken van de doelgroep en het realiseren van impact.

In het bovenste segment zijn alle elementen beschreven die behoren bij het gebruiken van ondersteunende kennis ten behoeve van analyse, interventie- en beleidsontwikkeling, implementatie, bereik en uiteindelijk het realiseren van publieke en maatschappelijke impact. Dit betreft zowel wetenschappelijke als ervaringskennis, en zowel kennisontwikkeling, kennisintegratie als de toepassing van kennis. Monitoring, onderzoek en leertrajecten zijn daar een belangrijk onderdeel van.

Het geheel van elementen en processen speelt zich af in een cyclisch ontwikkelings- en leerproces weerspiegeld in de lijn en pijlen om het gehele model heen.

**Figuur 7.2** Het IM-PACT model uitgewerkt




## 7.3. Tot slot

We hebben in dit hoofdstuk het IM-PACT model gepresenteerd en toegelicht. Het is bedoeld als een ondersteunend kader voor allen die lokaal op gemeentelijk of wijkniveau betrokken zijn bij het in preventieve zin werken aan verbeteringen in de opvoeding van jeugdigen en en hun psychische, fysieke en sociale ontwikkeling en daarmee aan betere toekomstkansen voor hen. De volgende stap is het vertalen van dit model in strategische beleid en een effectieve lokale praktijk uitmondend in aantoonbare publieke en maatschappelijke impact. Dat is de insteek van het IM-PACT Management Model dat in het volgende hoofdstuk gepresenteerd wordt.

# 8 Impactmanagement

## 8.1. Inleiding

Werken aan verbetering van opvoeden en opgroeien is een beleidsthema op de agenda's van alle gemeenten. Daarom is de vraag actueel wat de strategische mogelijkheden van gemeenten en hun lokale partners zijn om hieraan systematisch en met succes te werken. Hoe kunnen zij binnen hun gemeente een zo hoog mogelijk maatschappelijk resultaat van hun gezamenlijke inspanningen realiseren? Wat is het strategische referentiekader dat gemeenten en hun partners hierbij kan ondersteunen? In dit hoofdstuk spitsen we deze vraag toe op de strategische mogelijkheden om een zo hoog mogelijke publieke en maatschappelijke impact te realiseren via het inzetten van erkende preventieve opvoedinterventies en/of kennis over werkzame elementen daarvan. De andere deelstudies van het CIKEO consortium hebben bruikbare kennis aangeleverd over wat werkzame elementen binnen deze interventies zijn, hoe die ingedeeld kunnen worden en wat de visies van professionals en interventie-ontwikkelaars hierop zijn.

Een vraag die een beleidsmaker, manager, programmaleider of professional, werkzaam op het terrein van preventie, zich regelmatig behoort te stellen is: kan het beter? Die vraag is extra relevant als er aanwijzingen zijn voor een zeer beperkt gebruik en bereik van beschikbare effectieve interventies en daardoor ook weinig maatschappelijk resultaat geboekt wordt. De vraag in dit hoofdstuk gaat een stap verder: van hoe kan beter naar hoe kunnen we het maximaal haalbare maatschappelijk resultaat realiseren?

De vraag naar mogelijkheden om werkzame preventieve interventies, waaronder opvoedinterventies, vaker in de praktijk te implementeren is niet nieuw. Wel nieuw is de vraag naar de strategische mogelijkheden voor het realiseren van een maximale publieke en maatschappelijke impact. Het strategisch denken start hier niet bij een specifieke interventie maar bij het beoogde einddoel, maximale publieke en maatschappelijke impact. Hierover is, zoals we gezien hebben, veel minder onderzoek gedaan en hierover is nog geen omvattend strategisch kader ontwikkeld dat door beleidsmakers en door de praktijk gebruikt kan worden.

Het optimaliseren van de impact van volksgezondheidsinitiatieven is recentelijk onderwerp geweest van een consensusstudie onder een internationale groep wetenschappers, beleidsmakers en praktijk-experts gespecialiseerd in volksgezondheid, implementatie en preventie (Wolfenden et al. 2019). Dit resulteerde in een definitie van impact optimalisering binnen het kader van volksgezondheid (p.6):

> *"A deliberate, iterative and data-driven process to improve a health intervention and/or its implementation to meet stakeholder-defined public health impacts within resource constraints".*

Deze definitie weerspiegelt de groeiende internationale aandacht voor impact management op dit gebied. Bij deze definitie zijn ook wat kanttekeningen te plaatsen. Zo neemt de definitie 'een interventie' als startpunt en wordt er niet ingegaan op het combineren van interventies of een integrale preventieve aanpak als strategie voor impact maximalisering. Internationaal is er de laatste jaren juist veel belangstelling ontstaan voor complexe interventies en samengestelde programma's die voor het realiseren van impact nodig zijn (Reed et al. 2019, Komro 2018, Willis et al. 2016). Een ander kanttekening bij de consensusstudie is hun beperking van impact optimalisering tot slechts twee strategische ingangen, namelijk aanpassingen of verbeteringen aanbrengen in de interventie en het verbeteren van het implementatieproces (adoptie,

interventie, duurzaamheid). In onze visie zijn er meer strategische ingangen mogelijk. Een derde kanttekening betreft de toevoeging 'binnen de grenzen van de beschikbare middelen'. Positief is dat deze toevoeging het realistisch denken activeert en het zoeken naar de meest succesvolle en efficiënte oplossingen binnen de grenzen van de bestaande middelen en context. Het nadeel is echter dat deze beperkingen daarmee als een vaststaande realiteit zouden kunnen worden beschouwd en niet als variabele en juist als een doelwit van actie. Het laat interventies gericht op het verbeteren van capaciteit, middelen en andere contextuele factoren buiten beschouwing. Wij geven daarom de voorkeur aan de term 'maximaal haalbare impact' en beschouwen ook interventies gericht op structurele contextfactoren als een belangrijke strategische mogelijkheid voor impact maximalisering.

Voortbouwend op de omschrijving van Wolfenden e.a., definiëren wij *impact management* op het terrein van preventie als:

> *Een doelgericht, kennisgestuurd en cyclisch ontwikkelings- en leerproces tussen betrokken stakeholders, gericht op het verbeteren en maximaliseren van de publieke en maatschappelijke impact van preventieve interventies, programma's en beleid. Hierbij kunnen in principe alle fasen in het proces van probleemanalyse tot het realiseren van impact en alle factoren die daarop van invloed zijn een strategisch aangrijpingspunt vormen.*

In deze definitie vormt niet 'de interventie' het uitgangspunt van de redenering maar de beoogde impact. Terugredenerend wordt stelselmatig gezocht naar strategische opties voor het realiseren en maximaliseren van publieke en maatschappelijke impact. Dit kan de impact betreffen van enkelvoudige interventies, combinaties van interventies, complexe interventieprogramma's of specifiek preventiebeleid. Het verbeteren van de impact van preventieve opvoededucatie vormt hier het concrete toepassingsveld. Dit kan uiteindelijk ook andere thema's en beleidsterreinen raken vanwege het breedspectrum effect van opvoeding. Zo kan een verbeterde opvoeding ook impact hebben op het terrein van volksgezondheid en welzijn, onderwijs, veiligheid, ontwikkelingskansen, en werk en inkomen van burgers, hun functioneren in een lokale samenleving, op sociale (on)gelijkheid. Omgekeerd, kunnen verbeteringen op deze andere gebieden bijdragen aan een betere opvoedkwaliteit van ouders, wanneer daarin aangetoonde risicofactoren of kansfactoren voor opvoeden en opgroeien verankerd zijn.

## 8.2. Ontwikkelen van een strategisch model voor impact-management

Een van de doelen van deze studie is het ontwikkelen van een strategisch model voor impact management. Bij de ontwikkeling van dit referentiekader bouwen we voort op de onderzoeksresultaten, die we in de voorgaande hoofdstukken gepresenteerd hebben als basis voor het IM-PACT model. We hebben daarbij gebruik gemaakt van strategische en wetenschappelijke inzichten afkomstig uit verschillende wetenschaps- en expertisegebieden (hoofdstuk 6). Het IM-PACT management model is mede gebaseerd op de daaruit voortkomende kennis over bevorderende en belemmerende factoren bij adoptie, implementatie, bereik en impact. We bouwen ook voort op de inzichten die wij als participerende observatoren hebben ontwikkeld tijdens vele jaren van betrokkenheid bij lokale beleids- en programmaontwikkeling op het terrein van preventie (hoofdstuk 5). Bij het uitwerken van strategische opties en hun werking maken we gebruik van de effect- en impactbegrippen die we eerder hebben gepresenteerd (hoofdstuk 2, Figuur 2.1).).

Bij het ontwikkelen van het IM-PACT Management model hebben wij de volgende *uitgangspunten* gehanteerd:

- Het IM-PACT model (Figuur 7.1 en Figuur 7.2) als basis.
- Bieden van een integraal strategisch model, dat wil zeggen inclusie van alle strategische ingangen die kunnen leiden tot verbetering van gebruik, bereik en publieke en maatschappelijke impact.

- Transparantie en relevantie, dus een onderverdeling van strategische opties die inzichtelijk en bruikbaar is voor de beoogde gebruikers van het model, waaronder beleidsmakers, managers, programmaleiders en professionals.

- Breed onderbouwd: biedt perspectieven voor inbreng van diverse bronnen van wetenschappelijke kennis als van ervaringskennis bij de het ontwikkelen en kiezen van impact verhogende strategieën.

- Een lerend systeem, waarbij regelmatig en in alle fasen van het traject van probleemanalyse tot impact tussen betrokken partners gereflecteerd kan worden op eerdere keuzen en op de onderbouwing en uitwerking daarvan, om vervolgens op basis daarvan tot verbeterende acties te besluiten.

## 8.3. Strategische ingangen voor verbeteren van impact: IM-PACT Management Model

Er zijn veel verklaringen mogelijk voor het geconstateerde lage gebruik en bereik en de lage impact van preventieve opvoedinterventies. In verschillende disciplines en expertise gebieden zijn hiervoor verklarende factoren geïdentificeerd: kenmerken van de interventie zelf, factoren binnen lokale organisaties en professionele gebruikers, structurele contextfactoren en factoren bij de uiteindelijke doelpopulatie van eindgebruikers (ouders) (fig. 6.1).

Bij het kiezen van een werkzame strategie horen verschillende soorten keuzes: Waar in het traject van probleemanalyse tot impact gaan we in verbeteringen investeren? Welke bevorderende of belemmerende *factoren* voor effectiviteit, gebruik, bereik en impact gaan we aanpakken? Wiens *taak* is het om een gekozen impactmanagementstrategie uit te voeren? Wie vormen daarbij de partners of doelgroep(en)? Welke *methoden en middelen* moeten worden ingezet om een bepaalde strategie voor impact maximalisering met succes te kunnen uitvoeren? Wat is de *planning* voor het uitvoeren van de strategie? Waaraan meten we het succes af en hoe gaan we dit succes toetsen? Veel vragen!

In dit rapport kunnen we niet op al deze belangrijke vragen ingaan. We spitsen ons in dit hoofdstuk over impactmanagement toe op de vraag: Wat zijn de belangrijkste strategische ingangen voor het werken aan impactverbetering en -maximalisering? Voor het beantwoorden van deze vraag baseren we ons op het eerder gepresenteerde IM-PACT model. Daarin zijn een aantal gebieden te onderscheiden van waaruit aan impactmanagement gewerkt kan worden. Het model is gebaseerd op de veronderstelling dat publieke en maatschappelijke impact bepaald wordt door het samenspel van de resultaten van (1) de analyse (probleem, prevalentie, factoren en gevolgen) en de maatschappelijke relevantie daarvan, (2) de ontwikkeling effectieve interventies en combinaties daarvan ondersteund door kennis over werkzame elementen en factoren, (3) de adoptie, disseminatie en implementatie daarvan, (4) het maatschappelijk bereik van deze interventies en het resultaat van investeringen in opschaling, (5) de mate waarin een reeks van structurele condities gerealiseerd zijn om het voorgaande mogelijk te maken en (6) verbetering van de kwaliteit van al deze elementen via hoogwaardige kennis input, monitoring, onderzoek en leerprocessen. De collectieve impactbenadering kan beschouwd worden als een integrale aanpak van deze elementen door de alle relevante organisaties en partijen gezamenlijk.

Het voorgaande betekent dus dat impactmanagement het resultaat is van een combinatie van meerdere soorten management die ieder hiervoor een strategische ingang vormen. We onderscheiden hierbij zes soorten van management: analyse & relevantie management, effectmanagement, impactmanagement, bereikmanagement, proces- en structuurmanagement en kennismanagement. Hieronder lichten we ieder van deze typen management nader toe.

### 1 *Analyse en relevantie management*

Dit omvat allereerst het verwerven van inzicht in de omvang, oorzaken en gevolgen van problemen en ontwikkelingskansen gerelateerd aan opvoeding. Oorzaken omvatten zowel risicofactoren als beschermende en positieve factoren. Zowel oorzaken als gevolgen kunnen verankerd zijn in ouders, kinderen, gezin, buurt en wijk, organisaties of in de bredere lokale of landelijke samenleving.

Welke factoren en combinatie van factoren gekozen worden als aangrijpingspunt voor interventie heeft invloed op de kans op effectiviteit en de maatschappelijke impact. Niet alle factoren zijn even relevant. Factoren verschillen (a) qua invloed, dus effectgrootte, (b) de prevalentie waarmee ze bij ouders, gezinnen of in hun omgeving voorkomen, of binnen specifieke risicogroepen, (c) hun lange termijn invloed (effectketen) en spectrum van soorten effecten, (d) hoe ze met andere factoren interacteren of een cumulatief effect vormen, en (e) aansluiten bij ervaren maatschappelijke belangen van betrokken stakeholders. Het is dus zaak om de factoren waarop interventies of programma's gericht worden zorgvuldig te selecteren. Deze selectie is niet alleen bepalend voor de aard en omvang van de specifieke effecten van de afzonderlijke interventies maar uiteindelijk ook voor de gezamenlijke publieke en maatschappelijke impact van combinaties van interventies die aan verschillende factoren werken. Hoe meer risico-, beschermende en positieve factoren die een belangrijke invloed op opvoeding hebben via een combinatie van interventies aangepakt kunnen worden hoe groter hun gezamenlijke impact zal zijn.

Analyse betreft ook inzicht in de verdeling van deze problemen, hun oorzaken en gevolgen over sociaal-demografische groeperingen. Daardoor kunnen kwetsbare groepen en doelgroepen beter geselecteerd worden, kunnen interventies beter op maat gemaakt worden en kunnen bereikstrategieën succesvoller worden ingevuld, tezamen bijdragend aan meer impact.

Een derde onderdeel van de relevantie-analyse betreft de stakeholders. Behoeften, waarden en belangen van stakeholders zijn mee van invloed op de selectie van factorencombinaties waarop de interventies gericht worden. Dit is vooral van belang wanneer samen met lokale stakeholders voor een collectieve impactbenadering gekozen wordt. Simpel gesteld, niet iedereen is geïnteresseerd in betere opvoeding, veel potentiële stakeholders zijn vooral geïnteresseerd in bepaalde gevolgen van betere opvoeding (bv. meer veiligheid, gezondheid, schoolsucces of economische kansen). Wetenschappelijke kennis in de diversiteit aan positieve gevolgen van het preventief beïnvloeden van factoren en problemen kunnen zorgen voor een breder maatschappelijk draagvlak voor interventies. Dit kan vervolgens weer bijdragen tot een grotere bereidheid van stakeholders en 'social impact investors' om te investeren in betere structurele voorwaarden voor brede implementatie.

Samengevat wordt de uiteindelijke relevantie van factoren voor effect en impact bepaald door de combinatie van (1) de verwachte invloed van de geselecteerde factoren op de centrale problematiek, (2) andere mogelijke positieve gevolgen van gerealiseerde verbeteringen in de opvoeding en de daarmee samenhangende factoren, en (3) de waarde die de stakeholders gezamenlijk toekennen aan deze verbeteringen.

### 2 *Effectmanagement*

Een tweede ingang om aan meer impact te werken is zorgen voor effectieve interventies en programma's en het stelselmatig verbeteren van hun effectiviteit (werking) bij de mensen die bereikt worden. De belangrijkste strategie daarvoor is een keuze maken uit de bestaande effectief-bewezen preventieve opvoedinterventies die beschreven zijn in landelijke databanken van effectieve interventies (Nji, RIVM). In andere CIKEO-deelrapporten is hiervan reeds een overzicht gegeven (Fierloos et al. 2020, Crone et al. 2020). Uit dit aanbod kunnen de meest werkzame opvoedinterventies geselecteerd worden, resp. interventies die het meest aansluiten bij lokale behoeften en mogelijkheden.

*Werkzame elementen.* Naast het aanbod van werkzame interventies is er steeds meer inzicht in wat de werkzame elementen zijn van deze interventies. Het identificeren daarvan is een van de kerndoelen van het CIKEO consortium. Voor een beschrijving van een overzicht van deze elementen en het bewijs voor hun werking verwijzen we naar CIKEO deelrapport 2 (Crone et al. 2020).

Kennis over deze werkzame elementen kan op verschillende wijzen bijdragen aan meer effectiviteit van opvoedinterventies in de praktijk. Allereerst blijkt er in de praktijk een grote behoefte te zijn aan het minder star en meer flexibel

omgaan met geprotocolleerde opvoedinterventies. Toepassingssituaties en doelgroepen van een interventie verschillen in de praktijk en dat kan juist vragen om aanpassingen om de bewezen effectiviteit van een interventie te behouden. Dan is het zaak goed inzicht te hebben in wat de belangrijkste werkzame elementen van een interventie zijn en welke elementen in een specifieke situatie zouden moeten worden toegevoegd of aangepast. Ten tweede gaat het weliswaar om effectief-bewezen interventies maar de bewezen effecten zijn vaak toch nog bescheiden. Er is dus ook bij deze interventies nog veel ruimte voor effectverbetering. Het toevoegen van extra werkzame elementen aan een bestaande interventie zou de effectiviteit ervan verder kunnen verhogen. Ten derde, is er los van het gebruik van erkende opvoedinterventies ook de mogelijkheid om kennis over werkzame elementen zelf grootschalig in de samenleving te verspreiden en te bevorderen dat deze populatiebreed de kwaliteit van opvoeden verbeteren. Dat kan bijvoorbeeld via sociale media, traditionele media (radio, TV, bladen) en educatief vermaak. We hebben dit in hoofdstuk 6 het 'civil society scenario' genoemd (Figuur 6.1).

*Combineren van interventies en samengestelde programma's.* Zoals we eerder hebben beschreven is er binnen gemeenten een trend om erkende interventies en ook andere lokaal ontwikkelde preventieve of educatieve activiteiten te integreren in een samenhangend pakket of programma. In Rotterdam gebeurt dit bijvoorbeeld binnen het kader van de gemeentelijke programma's Stevige Start en Kansrijke Start. Zulke programma's kunnen gemeentebreed worden aangeboden maar zeker in grote steden gebeurt dat wijkgericht, ondersteund door de methode van wijkprogrammering.

Het combineren van meerdere interventies heeft met het oog op effectiviteit en impact verschillende voordelen. Het biedt meer mogelijkheden om invloed te hebben op een groter aantal risico- en beschermende factoren bij opvoeding waardoor ze gezamenlijk meer kans maken de kwaliteit van opvoeding substantieel te verbeteren. Het gebruik van meerdere interventies kan ook betekenen dat meerdere veranderkrachten gecombineerd kunnen worden, bijvoorbeeld via voorlichting, training, versterken van sociale steun voor ouders, versterken van aanvullende opvoedhulp via crèches en basisonderwijs. Bovendien kan door het aanbieden van meerdere typen van opvoedinterventies en aanbod binnen uiteenlopende settings (school, zorg, buurt) een groter deel van de populatie van ouders bereikt worden. Daar komt nog bij dat de aard van opvoedvragen en opvoedproblemen tussen ouders en tussen verschillende kwetsbare groepen sterk kan verschillen. Dat vraagt om meerdere soorten of varianten van opvoedinterventies. Opvoedproblemen kunnen ook samenhangen met diverse andere soorten problemen (bv. armoede, psychische problemen van ouders, migratieproblemen of echtscheiding). Dat biedt mogelijkheden om aangepaste opvoedinterventies te combineren met andere preventieve of sociale programma's. Kortom, het slim combineren van verschillende preventieve interventies biedt een eigen mogelijkheid om hun effectiviteit, bereik en impact te vergroten. Vanuit een volksgezondheidsperspectief bezien kan het inzetten van een enkelvoudige effectieve interventie een speld in een hooiberg vormen. Het combineren van effectieve interventies tot een samengesteld programma met meer publieke en maatschappelijke impact vereist wel meer inzicht in wat de werkzame principes zijn bij het effectief combineren. We hebben hiervoor al enkele van deze principes besproken, maar zij verdienen meer uitwerking en onderzoek.

### 3 *Implementatie management*

Implementatie richt zich op het gebruik van werkzame opvoedinterventies of andere interventies door lokale organisaties of praktijken, teams of individuele professionals. Dat betekent dat deze interventies door hen geadopteerd moeten worden, opgenomen in hun educatieve of zorgaanbod en uitgevoerd worden. Dat is niet puur een ja of nee kwestie, maar gaat ook over de kwaliteit van de implementatie die nodig is om via deze interventies effecten en liefs grote effecten te realiseren. Het gaat verder ook om de frequentie waarmee interventies uitgevoerd worden en de duurzaamheid van het aanbod. Hoe frequenter interventies aangeboden en uitgevoerd worden en hoe duurzamer dit aanbod van een organisatie of praktijk is, hoe groter het aantal ouders dat met de opvoedinterventie bereik kan worden.

Hoge kwaliteit van implementatie heeft verschillende aspecten, allereerst de deskundigheid waarmee de professional de interventie uitvoert. Daarnaast wordt de kwaliteit meebepaald door het spanningsveld tussen trouw blijven aan het protocol van een bewezen effectieve interventie enerzijds en anderzijds de wenselijkheid of zelfs de noodzaak om interventies goed onderbouwd aan specifieke situaties en doelgroepen aan te passen om de effectiviteit te behouden.

*Bevorderende en belemmerende factoren*. De adoptie, implementatie en de kwaliteit, frequentie en duur daarvan blijken van een groot aantal factoren afhankelijk te zijn zoals we in hoofdstuk 6 hebben toegelicht. In implementatieonderzoek zijn een groot aantal van deze factoren geïdentificeerd in de interventie zelf, in professionals, hun lokale organisaties (bv. visie, prioriteiten, capaciteit), eindgebruikers (bv. behoeften en motivatie van ouders) en in de bredere structurele lokale context (bv. gemeentebeleid, lokale samenwerking tussen organisaties, financieringsmogelijkheden). In figuur 6.2 hebben we een overzicht gegeven van de vele bevorderende en belemmerende factoren die hierop van invloed blijken te zijn. We concluderen hieruit dat het regelen van de implementatie van erkende opvoedinterventies bepaald geen simpele zaak is maar het resultaat van een tamelijk complex samenspel van krachten. Er moeten heel wat voorwaarden op groen staan om te kunnen verwachten dat opvoedinterventie X met voldoende succes, frequentie en duurzaamheid in een gemeente geïmplementeerd gaat worden en een omvangrijke groep van ouders gaat bereiken. Daarvoor zorgen vergt expliciete aandacht en investering. Om die reden vormt implementatiemanagement en structuurmanagement (zie 5) een belangrijk onderdeel een integrale aanpak om publieke en maatschappelijke impact rond opvoeding te realiseren.

### 4 *Bereikmanagement, inclusief investeringen in opschalen*

Bereik wordt vaak opgevat als het simpelweg rapporteren van het aantal deelnemers aan een interventie. Hier definiëren we bereik als het percentage van de omschreven doelgroep of -populatie dat aan de interventie participeert of aan de invloed daarvan is blootgesteld. Naast direct bereik kan ook sprake zijn van indirect bereik via deelnemers. Een specifiek aspect van bereik zijn eventuele sociale verschillen in bereik en tussen doelgroepsegmenten (bv. tussen groepen met een verschillend niveau van motivatie tot verandering, verschillend opleidingsniveau, inkomen, leeftijd of culturele achtergrond). Sociale ongelijkheid betreft niet alleen sociale verschillen in gezondheid of welzijn, maar ook sociale verschillen in de toegang tot preventieve interventies. Bereik verwijst in dit rapport overigens niet alleen naar ouders, maar indirect ook naar hun kinderen en gezinnen. Bovendien speelt het vraagstuk van bereik ook ten aanzien organisaties, professionals, leerkrachten of andere typen van opvoeders die nodig zijn om werkzame interventies op grote schaal te kunnen uitvoeren. De mate waarin zij opvoedinterventies in hun werk zullen adopteren en gebruiken is mede afhankelijk van het succes waarin zij door lokale preventiemanagers en voorttrekkers bereikt en daartoe overtuigd worden.

In bereikmanagement kunnen verschillende vormen van opschalen gebruikt worden. Over het proces en de strategieën voor het opschalen van preventieve interventies zijn recentelijk verschillende publicaties verschenen (Milat et al. 2020, 2015, Fagan et al. 2019, Tolan, 2019, Indig et al. 2018, Larson et al. 2017, National Research Council / IOM 2009). Voorbeelden hiervan zijn het systematische gebruik maken van landelijke of lokale distributienetwerken, franchise constructies, het opnemen van interventieaanbod in overheidsbeleid, kwaliteitsrichtlijnen en financieringsregelingen, landelijke implementatieprogramma's die gemeenten ondersteuning bieden bij implementatie (bv. Kansrijke Start) en lokale of landelijke trainingsprogramma's.

### 5 *Proces- en Structuurmanagement*

Zoals in het IM-PACT model beschreven is, gaat aan het realiseren van impact een lang proces van stappen vooraf startend met de analyse van het gekozen probleem of gewenste einddoel. Dit is de horizontale dimensie in het model die bovendien is ingevuld als een cyclisch model, waar afhankelijk van tussentijdse evaluatiemomenten teruggeschakeld kan worden naar eerdere fasen van het proces. In dit proces kan geëxperimenteerd worden met kleinschalige try-outs waaruit verbeteringen en leerpunten kunnen ontstaan.

Het succesvol verlopen van dit proces is direct afhankelijk van de aanwezigheid van een reeks van structurele randvoorwaarden, zoals ondersteunend beleid, management en leiderschap, maatschappelijk draagvlak, organisatie, middelen, capaciteit, expertise, samenwerking en collectieve regie. De ervaring leert dat afwezigheid van of tekorten in deze structurele randvoorwaarden een ernstige belemmerende factor vormt voor het kunnen uitvoeren van noodzakelijke analyses, voor de ontwikkeling, adoptie en implementatie van effectieve interventies, het opbouwen van samengestelde programma's en het opschalen van hun maatschappelijk bereik. Investeren in het versterken van deze randvoorwaarden bevordert het duurzaam verankeren van interventies in lokale organisaties, wijken en gemeenten.

De Collectieve Impact-benadering is een specifieke vorm van proces- en structuurmanagement. We hebben deze benadering reeds in paragraaf 6.5 toegelicht. De kern hiervan is samenwerking tussen alle relevante lokale partners vanuit een gemeenschappelijk doel en agenda, elkaar aanvullende en versterkende activiteiten en interventies, ondersteund door een gemeenschappelijk systeem van monitoring, veel aandacht voor onderlinge communicatie, uitwisseling en samen leren, en ondersteund door een verbindende organisatievorm. De collectieve impact benadering vertegenwoordigt bij uitstek een strategie voor lokale impact maximalisering.

Samenvattend, impactmanagement vereist een gezamenlijke investering in zowel proces als in structuur management. Daarvoor zijn duidelijk afspraken en werkplannen nodig zowel binnen de betrokken organisaties afzonderlijk als tussen de lokale partners gezamenlijk. Vaak wordt hierin te weinig geïnvesteerd en concentreren preventieprojecten zich hoofdzakelijk op ontwikkelen of selecteren van effectieve interventies en de uitvoering daarvan. Voor zover in het verleden sprake was van duidelijke planning betrof dit vaak een top-down plan ontworpen door beleidsmakers samen met wetenschappers en werden andere stakeholders pas bij de uitvoeringsfase daarbij betrokken. Tegenwoordig wordt er vrij algemeen voor gekozen om belangrijke stakeholders, ook de doelgroepen zelf, zo veel mogelijk van het begin af aan bij de ontwikkeling, de besluitvorming en uitvoering van een dergelijk plan te betrekken. Dit wordt *co-creatie* genoemd. Aangenomen wordt dat dit tot een beter plan leidt met meer kans op succes omdat betrokken partijen daardoor meer gemotiveerd zullen zijn om hun ervaring en deskundigheid bij te dragen.

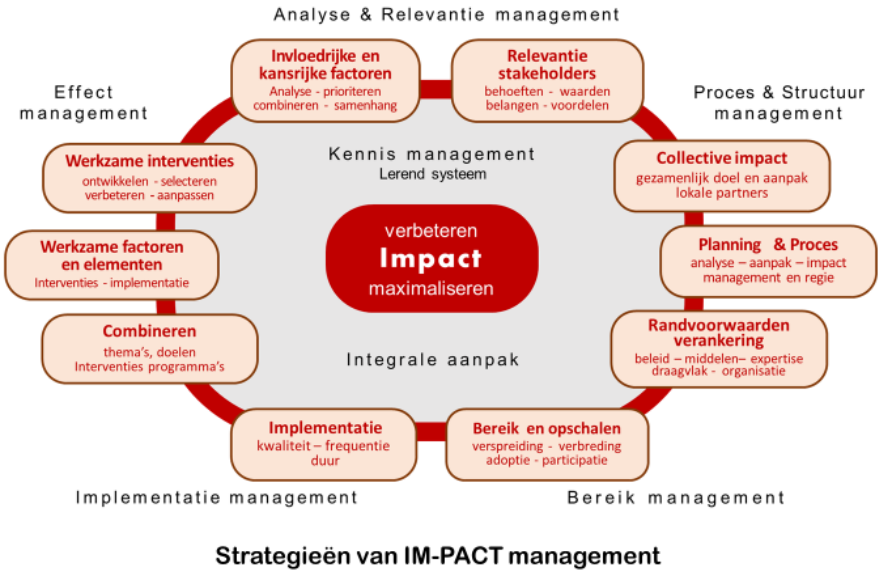
### 6 *Kennismanagement*

Een ander kernelement van impactmanagement is het systematisch gebruik maken van relevante wetenschappelijke kennis en ervaringskennis. Omdat dit principe in alle procesfasen en bij alle besproken managementstrategieën een belangrijke rol speelt, hebben we aan deze strategische ingang een centrale plaats in het model toegekend. Kennismanagement omvat kennisontwikkeling, kennisinventarisatie, kennissynthese, vertaling van kennis naar praktijk, en het daadwerkelijk toepassen en gebruiken van kennis in beleid en praktijk. Daarbij kunnen verschillende kennisbronnen gebruikt worden zoals kennisdocumenten van landelijke expertisecentra, het zelf uitvoeren van literatuuranalyses, lokale effectstudies, de input uit lokale monitoringsystemen van gemeenten of organisaties, en het managen van een lokaal lerend systeem met alle partners (lerende gemeenschap). We hebben het gehele proces van kennismanagement voor effectief gemeentebeleid in een aparte nota uitgewerkt (Hosman 2019). Speciale aandacht vraagt het vinden van vruchtbare wijzen om wetenschappelijke kennis en ervaringskennis met elkaar te verbinden. Beide vormen van kennis kunnen elkaar aanvullen maar ook uitdagen en daardoor tot nieuwe kennis leiden. Dit is een experimenteel gebied waarmee nog weinig ervaring is opgedaan en waarvoor nog weinig methoden bestaan.

De algemene onderliggende gedachte van kennismanagement is, hoe hoger de kwaliteit en relevantie van beschikbare kennis en de toepassing daarvan, hoe hoogwaardiger de verschillende strategieën van impact management ingevuld kunnen worden. Daarom vormt kennismanagement een cruciale factor bij het realiseren van publieke en maatschappelijke impact, in dit rapport toegespitst op impact rond opvoeding.

In figuur 8.1 hebben we de zes strategieën van impactmanagement schematisch weergegeven in het IM-PACT Management model. De cirkel die de verschillende strategieën en hun onderverdelingen verbindt benadrukt dat dit geen van elkaar onafhankelijke strategieën zijn maar elkaar ondersteunen en een gezamenlijk dynamische systeem vormen om publieke en maatschappelijke impact van opvoedinterventies te verbeteren en te maximaliseren.

**Figuur 8.1** IM-PACT Management model




**Strategieën van IM-PACT management**

## 8.4. Integrale aanpak: Combineren van strategieën

Het onderscheid in strategische ingangen onderstreept dat op zeer verschillende wijzen aan de verbetering van impact gewerkt kan worden. Juist het combineren van meerdere strategieën is daarom belangrijk.

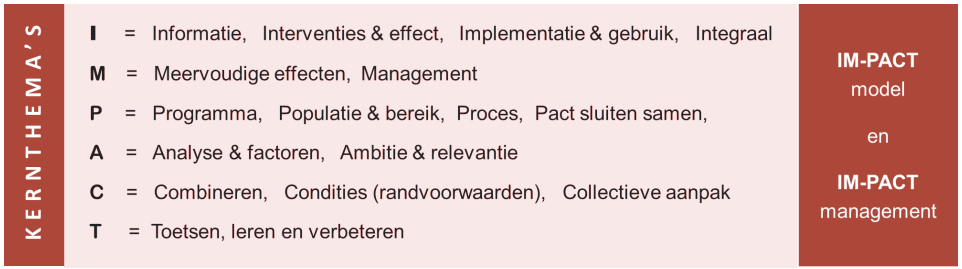
De combinatie van strategieën weerspiegelt een integrale aanpak waarbij iedere strategie een eigen bijdrage levert maar ook dat verschillende strategieën van elkaar afhankelijk zijn en elkaar kunnen versterken. Zo zijn voor een breed gebruik en een groot publiek bereik randvoorwaarden nodig, zoals structurele financiering, diverse deskundigheden, personele middelen, leiderschap, maatschappelijk draagvlak en lokale samenwerking. Een Collectieve Impactaanpak vergroot de kansen op het kunnen benutten van een groter aantal veranderkrachten, inzet van meer soorten expertises, een breder maatschappelijk draagvlak en een beter bereik. Uitgangspunt van het model is dat juist de combinatie van verschillende strategieën nodig is om publieke en maatschappelijke impact te realiseren.

## 8.5. Tot slot

In het vorige hoofdstuk hebben we het IM-PACT model gepresenteerd dat het proces van probleemanalyse naar publieke en maatschappelijke impact beschrijft, de structurele factoren die op de verschillende fasen in dit proces van invloed zijn en de rol die wetenschappelijke kennis, ervaringskennis en leerprocessen spelen bij het verbeteren van dit proces naar impact. In dit hoofdstuk hebben we de vertaling gepresenteerd van het IM-PACT model naar een IM-PACT managementmodel. Dit model onderscheid 6 onderling samenhangende managementstrategieën om aan de verbetering van publieke en maatschappelijke impact te werken. We hopen in een vervolgfase van het CIKEO consortium dit management model mede op basis van praktijkervaringen te kunnen uitwerken in werkboek voor de praktijk met ondersteunende instrumenten en voorbeelden.

We beogen met beide modellen aan gemeenten en hun lokale partners een ondersteunend kader te bieden waarmee zij meer systematisch kunnen werken aan de implementatie en het publieke bereik van preventieve opvoedinterventies en de maximalisering van de publieke en maatschappelijke impact daarvan. Hoewel dit project en rapport toegespitst waren op het thema opvoeding en preventieve opvoedingsinterventies, zijn wij ervan overtuigd dat het gepresenteerde IM-PACT model en IM-PACT Management model ook bruikbaar is van het maximaliseren van de publieke en maatschappelijke impact van interventies en programma's rond andere preventiethema's.

**Figuur 8.2** Belangrijkste kenmerken van het IM-PACT model'



# 9 Conclusies

## 9.1. Inleiding

Deze deelstudie gaat over de vraag: Hoe kunnen we met behulp van preventieve opvoedinterventies en kennis over werkzame elementen zorgen dat opvoeding verbetert en opvoed- en opgroeiproblemen verminderen in populaties van ouders en gezinnen en bij kwetsbare groepen? Preventie heeft de uiteindelijke ambitie effecten op populatieniveau te realiseren. Voor gemeenten behoort deze ambitie tot hun publieke taak. Welke kennis en inzichten zijn daarvoor nodig en wat voor strategieën kunnen organisaties, lokale overheden en andere stakeholders hanteren om het gebruik, bereik en de publieke en maatschappelijke impact van preventieve opvoedondersteuning te vergroten?

De andere deelstudies van het CIKEO consortium zijn primair gericht op versterking van preventieve opvoedondersteuning binnen de relatie tussen hulpverleners en individuele ouders of groepen ouders. Hoe kunnen erkende opvoedinterventies en kennis van de werkzame elementen ingezet worden voor een betere kwaliteit en effectiviteit van het handelen van hulpverleners bij vragen en zorgen van ouders over de opvoeding van hun kinderen of bij lichte opvoedproblemen. Deze CIKEO-deelstudie vertrekt vanuit een volksgezondheidsperspectief en het perspectief van het sociale beleid waarvoor gemeenten samen met hun lokale partners verantwoordelijk zijn. We gebruiken de term *publieke impact* om te verwijzen naar percentages van ouders of kinderen waarbij beoogde verbeteringen in opvoeding gerealiseerd zijn en de term *maatschappelijke impact* om ook bredere sociale effecten en lange termijn effecten van betere opvoeding zichtbaar te maken. Hieronder vatten we de belangrijkste conclusies uit deze deelstudie samen. Deze conclusies hebben consequenties voor scholing en nascholing, beleid en praktijk en onderzoek.

## 9.2. Beleid en praktijk

Wat het beleid en de praktijk betreft behoeven de volgende bevindingen extra aandacht:

- Er is sprake van beperkt gebruik en bereik van werkzame preventieve opvoedinterventies.
- De publieke en maatschappelijke impact van preventieve opvoedinterventies is laag.
- Versterken van het ervaren maatschappelijk belang van preventieve opvoedinterventies door aandacht voor de effecten die opvoeding heeft op tal van andere gebieden.
- Om impact te realiseren dient een meer gedifferentieerd kader van effect- en impact-begrippen gehanteerd te worden.
- Gebruiken van een conceptueel en methodisch referentiekader om in beleid en praktijk aan meer gebruik, bereik en impact van preventieve opvoedinterventies ter werken. Daarvoor is in dit rapport het IM-PACT model en het IM-PACT Management model geïntroduceerd. In deze modellen zijn tal van kennis elementen uit verschillende wetenschappelijke gebieden geïntegreerd en vervolgens vertaald in zes strategieën voor impact management.
- Er dienen meerdere scenario's gebruikt worden voor het verbeteren en maximaliseren van de publieke en maatschappelijke impact van preventieve opvoedinterventies: analyse & relevantie management, effect management, implementatie management, bereik management, proces & structuur management en kennismanagement.

- Om maatschappelijke resultaten te kunnen boeken bij preventieve doelen rond opvoeden en opgroeien kunnen gemeentelijke coalities werken volgens een Collectieve Impact aanpak.

## 9.3. Scholing en nascholing

In deze deelstudie is ingegaan op verschillende aspecten die de komende tijd onder de aandacht zouden kunnen worden gebracht van professionals, lokale beleidsmakers en vertegenwoordigers van lokale organisaties die betrokken zijn bij het in preventieve zin verbeteren van de kwaliteit van opvoeden in gemeenten. Hiervoor kunnen scholings-, bijscholings- en coaching modules worden ontwikkeld waarbij het volgende in acht zou moeten worden genomen:

- Bevorderen van een volksgezondheidsoptiek en aandacht voor gebruik, bereik en impact onder professionals in de eerstelijnszorg, jeugdgezondheidszorg en welzijnszorg.

- Nascholingsmodules en ondersteunend werkboek voor impact management ontwikkelen.

- Voor impact management is een brede kennis-Input nodig vanuit diverse perspectieven.

## 9.4. Onderzoek

Voor onderzoek is er op dit terrein nog veel te doen. De belangrijkste prioriteiten daarbij zijn:

- Meer empirisch onderzoek nodig naar de publieke en maatschappelijke impact en de factoren en processen die daarop van invloed zijn.

- Ontwikkelen van lokaal en landelijk monitoringsystemen voor gebruik (aanbod), bereik en impact van opvoedinterventies.

- Doorontwikkeling van ondersteunde instrumenten voor impact management.

- Ontwikkelen van modellen voor een productieve relatie tussen top-down en bottom-up strategieën en tussen input vanuit wetenschappelijke kennis en ervaringskennis.

## 9.5. Tot slot

Het verbeteren de mogelijkheden voor het gezond, veilig en kansrijk opgroeien is een belangrijke publieke taak van gemeenten. Het inzetten van erkende preventieve opvoedinterventies en kennis over werkzame elementen daarbij vormt hierbij een belangrijk instrument. Deze deelstudie biedt kennis, inzichten, modellen en adviezen die gemeenten, lokale partners en professionals kunnen helpen bij het verbeteren van de publieke en maatschappelijke impact tijdens het werken aan deze belangrijke maar complexe publieke taak. Dit rapport beoogt deze complexe taak meer transparant en hanteerbaar te maken.

# Literatuur


Alcaraz K, Sly K, Ashing K. et al. (2017) The ConNECT Framework: a model for advancing behavioural medicine science and practice to foster health equity. *Journal of Behavioral Medicine, 40, 1,* 23-38.

Andermann A, Pang T, Newton JN, Davis A, Panisset U.(2016).Evidence for Health II: Overcoming barriers to using evidence in policy and practice. *Health Research Policy and Systems, 14:* 17.

Averdijk M, Zirk-Sadowski J, Ribeaud D, Eisner M.(2016). Long-term effects of two childhood psychosocial interventions on adolescent delinquency, substance use, and antisocial behavior: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Experimental Criminology, 12,* 21-47.

Daamen W. (2015). *Wat werkt bij implementeren van jeugdinterventies.* Utrecht Nederlands Jeugd instituut.

Gemmeke M. (2011). *De rol van de Centra voor Jeugd en Gezin bij versterking van de pedagogische civil society. Handreiking voor gemeenten.* Den Haag/Utrecht: Ministerie van VWS/Nederlands Jeugdinstituut.

Chang S, Grantham-McGregor S, Powell C, Vera-Hernández M, Lopez-Boo F, Baker-Henningham H, Walker S. (2015). Integrating a parenting intervention with routine primary health care: A cluster randomized trial. *Pediatrics, 136*, 272-280.

Chilenski SM, Frank J, Summers N, Lew D. (2019). Public Health Benefits 16 Years After a Statewide Policy Change: Communities That Care in Pennsylvania. *Prevention Science, 20(6)*: 947-958.

Clarke AM, Kuosmanen T, Barry MM. (2015). A Systematic Review of Online Youth Mental Health Promotion and Prevention Interventions. *J Youth Adolescence, 44*: 90–113.

Cullen SM, Cullen MA, Lindsay G. (2016). Universal parenting programme provision in England; barriers to parent engagement in the CANparent Trial, 2012-2014, *Children & Society, 30 (1),* 71-81.

de Vries W, Hosman C, Engels MC (1995). *Visies op effectbepalende condities in de preventieve geestelijke gezondheidszorg. Rapport Metastudie Ontwikkelingsprojecten Preventie.* Research Groep Prevention and Psychopathology. Radboud Universiteit Nijmegen

Dodge KA. (2020). Annual Research Review: Universal and targeted strategies for assigning interventions to achieve population impact. *Journal of Child Psychology and Psychiatry 61:3*, pp 255–267.

Doyle O, Hegarty M, Owens, C. (2018). Population-Based System of Parenting Support to Reduce the Prevalence of Child Social, Emotional, and Behavioural Problems: Difference-In-Differences Study. *Prevention Science, vol. 19, 6*: 772-781.

Eisner M, Nagin D, Ribeaud D, Malti T. (2012). Effects of a Universal Parenting Program for Highly Adherent Parents: A Propensity Score Matching Approach. *Prevention Science, 13* , 252-266.

Fagan A, Bumbarger BK, Barth BP et al. (2019). Scaling up Evidence-Based Interventions in US Public Systems to prevent behavioral health problems: Challenges and opportunities. *Prevention Science, vol. 20*: 1147-1168.

Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM. (2006). Determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties: systematische literatuurreview. *Tijdschrift Gezondheidswetenschappen, 84*:160-167.

Funnel SC, Rogers PJ (2011). *Purposeful program theory: Effective use of theories of change and logic models.* San Francisco: Jossey-Bass.

Gehlert S, Murray A, Sohmer D, McClintock M, Conzen S, Olopade, O. (2010). The importance of transdisciplinary collaborations for understanding and resolving health disparities. *Social Work in Public Health, Vol. 25, 3-4:* 408-422.

Godemann J. (2008). Knowledge integration: a key challenge for transdisciplinary cooperation. *Environmental Education Research, Vol. 14,* 6: 625-641.

Gordon R, McDermott L, Stead M et al. (2006) The effectiveness of social marketing interventions for health improvement: What's the evidence? *Public Health, 120*, 1133–1139.

Grier S, Bryant CA (2005) Social marketing in public health. *Annual Review of Public Health, 26*, 319–339.

Green LW, Ottoson JM, Garcia C, Hiatt R. (2009). Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization, and integration in public health. *Annual Review of Public Health, 30:* 151-174.

Hackworth N, Berthelsen D, Matthews, J, Westrupp E et al. (2017). Impact of a brief group intervention to enhance parenting and the home learning environment for children aged 6–36 months: a cluster randomised controlled trial. *Prevention Science, 18*, 337-349.

Hassmiller Lich K, Ginexi EM, Osgood ND, Mabry PL. (2013). A call to address complexity in prevention science research. *Prevention Science, vol. 13*: 279-289.

Hawkins JD, Oesterle S, Brown EC, Abbott RD, Catalano RF. (2014). Youth problem behaviors 8 years after implementing the communities that care prevention system: a community-randomized trial. *JAMA Pediatr. ,168(2):*122-129.

Hoffmann S, Pohl Ch, Hering JG. (2017). Methods and procedures of transdisciplinary knowledge integration: empirical insights from four thematic synthesis processes. *Ecology and Society, vol. 22, 1:* article 27.

Hosman C. (2019). *Management van wetenschappelijke kennis voor effectief gemeentebeleid. Adviesrapport voor de Gemeente Rotterdam*. Berg en Dal; Hosman Prevention & Innovation Consultancy.

Hosman C, Price R, Bosma M. (1988). Evaluatie van preventie. In: Hosman C, van Doorm H en Verburg H, *Preventie In-Zicht.* Lisse: Swets & Zeitlinger. p. 299-308.

Hosman C., Jane-Llopis E, Saxena S. (2004). *Prevention of Mental Disorders: Effective interventions and policy options. WHO Summary Report* (70 pp.) Geneva: World Health Organization.

Hosman C, Engels M, Kok G. (1997). Meerwaarde van multicomponent-programma's op het terrein van de preventieve geestelijke gezondheidszorg. In: L. Gunning-Schepers e.a. Volksgezondheid Toekomst Verkenningen 1997: *Effecten van preventie.* Bilthoven: RIVM

Indig D, Lee K, Grunseit A et al. (2017). Pathways for scaling up public health interventions. *BMC Public Health, Vol.,18*, article Number: 68.

Kania J, Kramer M. Collective impact. *Stanford Social Innovation Review. Winter 2011,* special issue.

Kania J, Hanleybrown F, Juster J (2015). 'Collective Insights on Collective Impact: Essential mindshifts for Collective impact'. *Stanford Social Innovation Review, Supplement.* Available: http://ssir.org/supplement/collective_insights_on_collective_impact.

Kesselring,M, De Winter M, Horjus B, Van Yperen T. (2013). Allemaal Opvoeders in de pedagogische civil society. Naar een theoretisch raamwerk van een ander paradigma voor opgroeien en opvoeden. *Pedagogiek, 33, 1,* 5-20.

Kesselring M, de Winter M, van Yperen T, Horjus B. (2015). De pedagogische civil society in praktijk: Een studie naar de effecten van de activiteiten binnen het programma Allemaal Opvoeden. *Pedagogiek, 35, 3*, 263-284.

Kim BK, Gloppen KM, Rhew IC, Oesterle S, Hawkins JD. (2015). Effects of the communities that care prevention system on youth reports of protective factors. *Prevention Science. Jul;16(5):*652-62. doi: 10.1007/s11121-014-0524-9.

Knowlton L, Philips C. (2009). *The logic model guidebook*. Thousand Oaks, CAL: Sage.

Kotler P, Roberto EL, Lee N (2002). *Social marketing: improving the quality of life* (2nd ed.). Thousend Oaks CA: Sage.

Kotler P, Lee N (2008). *Social marketing: Influencing behaviors for good*. Los Angeles, CA: SAGE Publications.

Kuklinski MR, Fagan AA, Hawkins JD, Briney JS, Catalano RF. (2015). Benefit-Cost Analysis of a Randomized Evaluation of Communities That Care: Monetizing Intervention Effects on the Initiation of Delinquency and Substance Use Through Grade 12. *J Exp Criminol. Jun 1;11(2):*165-192.

Larson R, Dearing JW, Backer TE. (2017). *Strategies to Scale Up Social Programs: Pathways, Partnerships and Fidelity.* The Wallance Foundation.

Lindsay G, Strand S. (2013). Evaluation of the national roll-out of parenting programmes across England: The parenting early intervention programme (PEIP). *BMC Public Health, 13*.

Magill N, Knight R, McCrone P, Ismail K, Landau S. (2019). A scoping review of the problems and solutions associated with contamination in trials of complex interventions in mental health. *BMC Med Res Methodol. Vol 19, 1*:4.

Mauricio AM, Gonzales NA, Sandler (2018).In: Preventive parenting interventions: Advancing conceptualizations of participation and enhancing reach. *Prevention Science, 19,* 603-608.

McGoron L, Hvizdos E, Bocknek EL, Montgomery E, Ondersma SJ. (2018). Feasibility of internet-based parent training for low-income parents of young children. *Child Youth Services Review., 84,* 198-205.

Mejdoubi J, van den Heijkant S, van Leerdam F, Heymans M, Crijnen A, Hirasing R. (2015). The effect of VoorZorg, the Dutch Nurse-Family Partnership, on child maltreatment and development: A randomized controlled trial. *PLoS ONE, 10, 4: e0120182*. doi:10.1371

Mejdoubi J, van den Heijkant S, van Leerdam F, Heymans M, Hirasing R, et al. (2013). Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: A randomized controlled trial. *PLoS ONE 8, 10*: e78185. doi:10.1371

Mesters I, Kok G, Schaalma H. (2000). Diffusie van gezondheidsvoorlichtings-programma's. In: J. Brug e.a. *Gezondheidsvoorlichting en Gedragsverandering*. Assen: Van Gorcum.

Milat A., Bouman A, Redman S. (2015). Narrative review of models and success factors for scaling up public health interventions. *Implementation Science, vol 10, 10:* article 113.

Milat A, Lee K, Conte K, Grunseit A, Wolfenden L, van Nassau F, Orr N, Sreeram P, Bauman A. (2020). Intervention Scalability Assessment Tool: A decision support tool for health policy makers and implementers. *Health Res Policy Syst. 2020;18(1)*:1.

Molleman G, & Hosman C. (2015). Echte effectiviteit vergt een bredere visie op werkzame elementen. *TSG, 93, 6,* 202-203.

Molleman G, Peters L, Hosman C, & Kok G. (2005). Implementation of a quality assurance instrument (Preffi 1.0) to improve the effectiveness of health promotion in The Netherlands. *Health-Education-Research, 20, 4*, 410-422.

Molleman, G.R.M., Ploeg, M.A., Hosman, C.M.H., & Peters, L. (2006). Preffi 2.0 – a quality assessment tool. *Promotion & Education, 12*, 1, 9-14.

Musci R, Schlomer G. The implications of genetics for prevention and Intervention programming. *Prevention Science, 2018 19(1)*: 1–5.

Naghavi M et al. (2019). Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *BMJ;364:l94*, doi: https://doi.org/ 10.1136/ bmj.l94.

National Research Council and Institute of Medicine (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioural disorders among young people. Progress and possibilities.* Washington DC: The National Academies Press.

National Research Council. *Strategies for scaling effective family-focused preventive interventions to promote children's cognitive, affective, and behavioral health: Workshop summary.* Washington, DC: The National Academies Press; 2014. 10.17226/18808

Neuhauser L, Constantine W, Constantine N, Sokal-Gutierrez K, Obarski S, Clayton L, et al. (2007). Promoting prenatal and early childhood health: Evaluation of a state-wide materials-based intervention for parents. *American Journal of Public Health, 97,* 1813-1819.

Nieuwboer CC, Fukkink RG, Hermanns, JMA. (2013). Online programs as tools to improve parenting: A meta-analytic review. *Children and Youth Services Review, 35, 11,* 1823-1829.

Olds D. (2006). The nurse–family partnership: an evidence-based preventive intervention. *Infant Mental Health Journal, 27, 1*, 5–25.

Ogilvie D, Craig P, Griffin S, Macintyre S and Wareham NJ. (2009). A translational framework for public health research. *BMC Public Health, 9:* 116.

Oldenburg B, Hardcastle D, & Kok G. (1997). *Diffusion of innovations. In K. Glanz et al., Health behavior and health education.* San Francisco: Jossey-Bass.

Peters R, Petrunka K, Khan S, Howell-Moneta A, Nelson G, Pancer S, Loomis C. (2016). Cost-savings analysis of the better beginnings, better futures community-based project for young children and their families: A 10-year follow-up. *Prevention Science, 17,* 237-247.

Prinz PJ, Sanders MR, Shapiro CJ, Whitaker DJ, Lutzke JR. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The U.S. Triple P System population trial. *Prevention Science, 10:* 1-12.

Resnick EA, Siegel M. (2013). *Marketing public health* (3rd ed.). Burlington: Jones and Barlett.

Riley BL, Robinson KL, Gamble MM et al. (2015). Knowledge to action for solving complex problems: insights from a review of nine cases. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada, vol 35, 3:* 47-53.

Rogers, EM (1995). *Diffusion of innovations (Fourth Edition*). New York: The Free Press.

Sampaio F, Sarkadi A, Salari R, Zethraeus N, Feldman I. (2015). Cost and effects of a universal parenting programme delivered to parents of pre-schoolers. *European Journal of Public Health, 25,* 1035-1042.

Sanders MR, Mazzucchelli TG (2018). *The power of positive parenting*. Oxford University Press.

Sanders M, Ralph A, Sofronoff K, Gardiner P, Thompson R, Dwyer S, Bidwell K. (2008). Every family: A population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school. *Journal of Primary Prevention, 29*:197-222.

Schoemaker C, Kleinjan M, van der Borg W, Busch M, Muntinga M, Nuijen J en Dedding C. (2019). *Mentale gezondheid van jongeren: enkele cijfers en ervaringen*. Bilthoven: RIVM, Trimbos-instituut en Amsterdam UMC.

Schotanus-Dijkstra M, Ruiter M, van der Poel A, Hosman C, en Boon B. (2013). Tien jaar monitor GGZ-preventie: inzichten en vraagstukken: Ontwikkelingen in organisatie, capaciteit, financiering en bereik. *Tijdschrift voor Gezondheidsvraagstukken, 91, 4,* 217-224.

Shrestha R, Koeckler H, Flacke J, et al. (2017). Interactive Knowledge Co-Production and Integration for Healthy Urban Development. *Sustainability, 9, 11*, article 1945.

Spencer CM, Topham GL, King EL. (2019). Do online parenting programs create change?: A meta-analysis. *J Fam Psychol*. doi: 10.1037/fam0000605.

Stead M, Gordon R, Angus K et al. (2007) A systematic review of social marketing effectiveness. *Health Education, 107*, 126–191.

Tabak RG, Khoong EC, Chambers DA, Brownson RC. (2012). Bridging research and practice: models for dissemination and implementation research. *Am J Prev Med: 43(3):*337–50.

Taylor-Powell E, Henert E. (2008). *Developing a logic model: Teaching and training guide*. University of Wisconsin, Extension, Program Development and Evaluation.

Tolan, PH. (2019). Scaling up evidence-based interventions within the US public health market. *Prevention Science, vol. 20*, 1169-1172.

Toumbourou JW, Rowland B, Williams J, Smith R, Patton GC. (2019). Community intervention to prevent adolescent health behavior problems: Evaluation of communities that care in Australia. *Health Psychol. 38(6):*536-544.

Vincenten,J, MacKay JM., Schröder-Bäck P, Schloemer T, & Brand H. (2019). Factors influencing implementation of evidence-based interventions in public health systems - a model. *Central European Journal of Public Health, 27(3),* 198-203.

Weaver C and DeRosier ME. (2019). Commentary on scaling up evidence-based interventions in pubic systems. *Prevention Science, 20*, 1178-1188.

Wiering D., Scalzo R. (2017). Effectief bijdragen aan groei. *Tijdschr Gezondheidswet 95, 119–123*.

Wilkinson I, Sanders MR (2018). Using social marketing strategies to enhance program reach. In: Sanders MR, Mazzucchelli TG, *The power of positive parenting.* Oxford University Press, p. 383-394.

WK Kellogg Foundation (2004). *Logic Modelling Development Guide.* Michigan: WK Kellogg Foundation.

Wolfenden L, Bolsewicz K, Grady A et al. (2019). Optimisation: defining and exploring a concept to enhance the impact of public health initiatives. *Health Research Policy and Systems, 17:* 108.

Woolf SH. (2008). The Meaning of translational research and why it matters. *JAMA, 299, 2,* 211-213.

# CV's



### Prof. Dr. Clemens M.H. Hosman

Clemens Hosman is emeritus hoogleraar preventieve geestelijke gezondheidszorg, Maastricht University en Radboud Universiteit Nijmegen en leidt het adviesbureau Hosman Prevention & Innovation Consultancy. Sinds 1975 in Nederland en internationaal werkzaam als onderzoeker, opleider en adviseur op het gebied van preventie van mentale en sociale problemen, met specifieke nadruk op de effectiviteit en maatschappelijke impact daarvan. Hij was o.m. preventieadviseur van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Hij heeft in deze periode veel samengewerkt met tal van praktijkorganisaties. Sinds 2014 is hij wetenschappelijke adviseur van de Gemeente Rotterdam en andere gemeenten op het gebied van jeugdbeleid, volksgezondheid, aanpak van armoede en sociale impact management.



### Dr. Matty Crone

Matty Crone is Universitair Hoofddocent bij het Leids Universitair Medisch Centrum, bij de afdeling Public Health en Eerstelijnsgeneeskunde. Ze heeft veel ervaring met onderzoek naar de ontwikkeling, evaluatie en implementatie van preventieve interventies voor jongeren en gezinnen en naar instrumenten en methodieken die kunnen ondersteunen bij het signaleren van psychosociale problemen bij jongeren en van gezinnen. Binnen het CIKEO project ligt haar focus op de werkzame elementen in bestaand onderzoek naar preventieve opvoedprogramma's (meta-analyse).



### Dr. Harrie Jonkman

Harrie Jonkman is senior onderzoeker bij het Verwey-Jonker Instituut. Zijn werk richt zich op de sociale en cognitieve ontwikkeling van kinderen en jongeren, sociale determinanten en preventie van gezondheids-, ontwikkelings- en gedragsproblemen. Bij het Verwey-Jonker Instituut is hij betrokken bij experimenten en evaluaties van maatschappelijke programma's, longitudinale studies, internationale vergelijkende studies en preventiewerk in verschillende landen Binnen Cikeo is hij met name verantwoordelijk voor praktijkonderzoek met ontwikkelaars, gebruikers/professionals en experts. Daarnaast draagt hij samen met Clemens Hosman zorg voor het onderdeel implementatie en impact.



### Prof. Dr. Hein Raat

Hein Raat is hoogleraar jeugdgezondheidszorg en arts maatschappij en gezondheid. Bij de afdeling maatschappelijke gezondheidszorg van het Erasmus MC geeft hij leiding aan een multidisciplinair onderzoeksteam op het vlak van jeugdgezondheidszorg en preventie en integrale zorg voor kwetsbare doelgroepen (jeugd, ouderen, mensen met chronische aandoeningen). Hij is deelnemer aan en leider van consortia in Nederland en Europa op dit vlak (https://www.cikeo.nl/; https://sefacproject.eu/; https://projectvaluecare.eu/). Hein Raat is leider van het CIKEO consortium, en verantwoordelijk voor de naturalistische effectevaluatie (cohortstudie in de praktijk).



### Dr. Dafna Windhorst

Dafna Windhorst werkt als postdoctoraal onderzoeker bij het Erasmus MC op de afdeling maatschappelijke gezondheidszorg. Hier verricht ze (evaluatie)onderzoek naar programma's gericht op bevordering van de ontwikkeling en gezondheid van kinderen en ondersteuning van gezinnen. Binnen het CIKEO project voert Dafna met collega's een cohortstudie uit in de dagelijkse praktijk van de jeugdgezondheidszorg om de effecten van opvoedondersteuning te onderzoeken op ouder- en kind uitkomsten.




### Dr. Wilma Jansen

Wilma Jansen werkt bij cluster Maatschappelijke Ontwikkeling van gemeente Rotterdam (afdeling jeugd) en is coördinator van de regionale kenniswerkplaats jeugd ST-RAW.

Wilma is al jaren betrokken bij diverse onderzoeksprojecten op het terrein van preventie, jeugdbeleid en de bredere jeugdhulpketen. Zij opereert op het snijvlak van wetenschap, beleid en praktijk. Wilma is de hoofdaanvrager van het CIKEO consortium en bewaakt de relevantie van de projecten en hun opbrengsten voor beleid en praktijk.



### Irene Fierloos, MSc.

Irene Fierloos studeerde Gezondheid en Maatschappij aan de Universiteit Wageningen en Social Policy and Public Health aan de Universiteit Utrecht. Haar interesse ligt bij het raakvlak tussen wetenschap, beleid en praktijk. Sinds juli 2018 is zij werkzaam bij de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC. Binnen het CIKEO project is Irene betrokken bij de uitvoering van de cohortstudie naar de effecten van opvoedondersteuning. Tijdens haar PhD-traject doet zij onderzoek naar de sociale steun die ouders ervaren en naar hun mediagebruik voor opvoedvragen.



### Yuan Fang, MSc.

Yuan Fang is een PhD student bij de afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg van het Erasmus MC. Ze heeft een Master of Science van de School of Public Health van Fudan University in Shanghai, China. In het CIKEO project werkt ze samen met collega's aan de evaluatie van de effecten van opvoedprogramma's op ouders en kinderen.

# Bijlage

**Tabel 3.1** Studies naar de publieke impact van preventieve opvoedinterventies

| | Publicatie | Naam interventie | Land | Research design | N | Belangrijkste resultaten en conclusies |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Neuhauser 2007 | Kit for New Parents, online opvoededucatie programma, gericht op alle ouders in de staat Californië | USA | Quasi-experimentele studie. Gestratificeerd samples van zwangere en postnatale moeders voor interventie en controle-condities | 1748 moeders | 87% van de deelnemende ouders rapporteert actief gebruik van de Kit. Zij laten tot op 14 maanden na ontvangst van de Kit een hogere kennisscore zien en rapporteren betere opvoedpraktijken in vergelijking tot ouders in de controleconditie. |
| 2 | Sanders et al. 2008 | Triple P | Australië | Quasi-experimentele studie waarbij 10 experimentele met 10 controle-stadsgieden vergeleken werden; voormeting en 2e meting na 32 maanden, via telefonische surveys | 3000 huishoudens | In experimentele gebieden werden alle vijf niveaus van Triple P aangeboden, in controlegebieden geen Triple P. Bij de 2e meting, 32 maanden na voormeting, hadden kinderen in experimentele gebieden significant minder emotionele of gedragsproblemen (klinisch/borderline) dan in controlegebieden (OR=0.757 vs OR=1.185, p<.029). Bij ouders werd in experimentele gebieden minder depressie (p<.006), stress (p<.03) en meer gepaste en minder ongepaste ouderlijke reacties op wangedrag van kind (p<.035, .039) gevonden. |
| 3 | Prinz et al. 2009, 2016 | Triple P: totale programma. 5 niveaus: universeel, selectief, geïndiceerd en hoog-risico gezinnen met kinderen met pre-klinische problemen | USA | Cluster-gerandomiseerde studie met randomisering van 18 regio's. Voormeting en nameting na 2 jaar | 18 regio's met in totaal 1.76 miljoen inwoners | Na twee jaar werden significante effecten gevonden met hoge effect sizes: minder geregistreerde gevallen van kindermishandeling (ES=1.09), minder uithuisplaatsingen (ES=1.22) en minder gevallen van lichamelijk letsel (ES=1.14). |
| 4 | Eisner 2012 | Triple P: universeel en groepsgericht | Zwitser-land | Cluster-gerandomiseerde studie, 56 scholen Voor- en nameting en twee follow-uo metingen | 1675 ouders, resp. gezinnen | De studie vond géén significante effecten op opvoedgedrag, noch op probleemgedrag van kinderen. Zowel bij ouders als kinderen werd het effect getoetst op 5 dimensies. |
| 5 | Lindsey & Strand 2013 | 5 opvoedprogramma's: Triple P; Incredible Years; Strengthening Families, Strengthening Communities; Families and Schools Together (FAST); Strengthening Families Program | Engeland | Voor- en nametingen en follow-up meting na 1 jaar | 6143 ouders van kinderen (8-13jr) in 43 lokale regio's | Voor alle interventies werden effect sizes gevonden die wijzen op significante verbeteringen. Samengenomen over alle interventies was de ES = 0.72 voor onachtzaam gedrag, 0.85 voor overactief ouderlijk gedrag, 0.79 voor psychisch welbevinden, en 0.45 voor minder gedragsproblemen bij kinderen. |
| 6 | Cullen et al. 2016 | Parenting Early Intervention Program (PEIP). Omvat aanbod van 5 opvoedinterventies: Incredible years; Tripple P; Strengthening Families strengthening Communities; Strengthening families 11-14; Families and Schools Together | Engeland | Voormeting en nameting; vergelijking met nationale gemiddelden op indicatoren | 4446 participerende ouders | De studie is een nationale evaluatie van de implementatie van PEIP over de periode 2006-2011 in alle 150 Engelse gemeenten. Vergelijkingen tussen voor- en nametingen laten significante verbeteringen zien opvoedgedrag (onoplettend en over-reactief gedrag, ervaren effectiviteit in opvoeden, tevredenheid over opvoedgedrag). Bovendien nam het probleemgedrag bij de kinderen significant af (SDQ. p<.0005). |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | Chang et al. 2015 | Opvoedvoorlichting geïntegreerd in eerstelijnscentra | Caribische eilanden | Cluster-gerandomiseerde studie in 15 eerstelijns-centra | N=501 ouder-kind paren | In de experimentele eerstelijns centra werd bij kinderen na 18 maanden een significant grotere cognitieve ontwikkeling vastgesteld (ES=0.3) en bij ouders meer opvoedkennis in vergelijking tot bij kinderen en ouders uit controle centra. |
| 8 | Sampeio et al. 2015 | Triple P, niveau 2 en 3 | Zweden, Upsala | Cluster-gerandomiseerde studie in 22 voorschoolse voorzieningen | 830 kinderen (3-5 jr) en 759 ouders | In de voorschoolse voorzieningen waar Triple P werd aangeboden participeerden slechts 126 (25,9%) van de 488 ouders in de interventieconditie in minimaal één sessie van de interventie. Tussen de totale experimentele en controlegroep werden geen effectverschillen gevonden met betrekking tot depressie, angst en stress bij ouders, en evenmin t.a.v. gedragsproblemen bij kinderen. |
| 9 | Averdijk et al. 2016 | Combinatie van Triple P en PATH | Switzer-land | Longitudinale cluster-gerandomiseerde studie (experimentele en controle-scholen) | 1.675 kinderen (7-8 jr) in 56 scholen Follow-up: + 6 jr | Op 11 van de 13 gebruikte indicatoren werd bij de follow-up meting geen of marginaal significant effecten gevonden (ES<.22). Kinderen in de experimentele conditie vertoonden wel minder contacten met politie (ES=0.225), maar minder vaardigheden om conflicten te hanteren (ES=0.259). |
| 10 | Peters 2016 | Better Beginnings, Better Futures | Canada | Longitudinale quasi-experimentele studie in 5 wijken | 626 gezinnen met kinderen (4-8 jr) | Op basis van een integrale kostenanalyse van de zorg- en sociale dienstverlening over de leeftijdsperiode van 4 - 18 jaar werd een kostenbesparing van Can$ 6331 per kind vastgesteld. Dit kwam overeen met een besparing van $ 2.50 per geïnvesteerde $. |
| 11 | Hackworth 2017 | (A) Groepsgewijze opvoededucatie, plus coaching thuis gedurende 6 weken voor moeders met peutersntussen 6 en 12 mnd. (B) Geleide spelgroep voor ouders van kleuters in leeftijd 12 -36 mnd. | Australië | 2 cluster-gerandomiseerde studies. A: over 51 locaties, B: over 58 locaties. Groeps-interventie met / zonder coaching thuis versus controlegroep. Voormeting en metingen na 12 en 36 wk | A: 986 ouder B: 1200 ouders | Resultaten verschilden tussen (1) de interventie voor ouders met peuters versus met kleuters, (2) met en zonder toevoeging van coaching thuis, en (3) aard van effectcriterium. Over het geheel werden geen effecten gevonden of effecten met zeer kleine ES. Alleen bij groepsinterventie + coaching voor ouders werd na 32 weken positief effect met matige ES gevonden op gebruik van beschrijvende taal (0.46) en vasthouden interesse kind (0.56). |
| 12 | Maryat 2017 | Triple P | Glasgow | Voor- en nameting via reguliere afname van SDQ (leerkracht versie) in voorschoolse klassen | | Onderzoekers concluderen dat gemeten over een 6 jarige periode er geen bewijs gevonden kon worden voor de effectiviteit van Triple P, gemeten met de SDQ. De kwaliteitvan dit onderzoek is zwaar bekritiseerd door Sanders et al. 2019 |
| 13 | Doyle 2018 | Triple P: niveau 1 tot 4 | Ierland | Quasi-experimenteel design. Vergelijking tussen 2 demografisch vergelijkbare regio's. Voor- en nameting na 3 jaar via representatieve surveys onder ouders | 2996 ouders (voormeting), 3065 nameting | Effectmaat: Strenght and Difficulties Questionaire (ouder versie). In vergelijking tot de controleregio hadden kinderen in de Triple P regio een lagere totale probleemscore en minder emotionele en gedragsproblemen. Triple P reduceerde het percentage kinderen met met een borderline of klinische score met rond 4,5%. |

## COLOFON


| | |
|---|---|
| Opdrachtgever | ZonMw |
| Auteur | Prof. dr. C. Hosman |
| | Dr. H. Jonkman |
| Uitgave | Verwey-Jonker Instituut |
| | Kromme Nieuwegracht 6 |
| | 3512 HG Utrecht |
| | T (030) 230 07 99 |
| | E secr@verwey-jonker.nl |
| | I www.verwey-jonker.nl |

De publicatie kan gedownload worden via onze website:
http://www.verwey-jonker.nl.

ISBN 978-94-6409-041-3



© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2020.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld. The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.