

# De bijrol voor professionals in *evidence-based* criminaliteitspreventie

**B. Rovers\***

Het streven naar interventies die effectief zijn is – uiteraard – van alle tijden. Van meer recente datum is het streven naar *evidence-based* interventies. Dit zijn interventies die eerder effectief zijn gebleken, waarbij de effectiviteit werd vastgesteld op grond van onderzoek dat voldoet aan de hoogste eisen van wetenschappelijkheid. Het achterliggende idee is dat de kans op succes het grootst is wanneer interventies worden ingezet die eerder en/of elders hun waarde hebben bewezen. *Evidence-based practice* (EBP) is de overkoepelende term voor het geheel aan activiteiten en werkwijzen waarvan in goed onderzoek is aangetoond dat het bijdraagt aan positieve interventieresultaten. Deze manier van denken is vanuit de medische sector ‘overgewaaid’ naar andere sectoren, zoals het onderwijs, de sociale sector en ook de justitiesector. Sinds tientallen jaren wordt de effectiviteit van medische interventies vastgesteld op grond van gerandomiseerd dubbelblind onderzoek (*randomized controlled trials*, RCT’s) en sinds 1993 bestaat de *Cochrane Collaboration*, een non-profitorganisatie die als doel kent wetenschappelijk bewijs voor effectieve medische interventies te verzamelen. Dit doet zij vooral door het (laten) uitvoeren van systematische reviews van bestaand onderzoek, doorgaans meta-analyses. In het verlengde daarvan is de *Campbell Collaboration* ontstaan, die hetzelfde doet, maar dan voor sociale interventies (inclusief persoonsgerichte criminaliteitspreventie).<sup>1</sup>

Over de rol van uitvoerende professionals in het realiseren van EBP verschillen de meningen, waarbij we aan de ene kant van het spectrum de opvatting aantreffen dat deze professionals vooral zorg moeten dragen voor het zo precies en trouw mogelijk uitvoeren van

\* Dr. Ben Rovers is directeur van het Bureau voor Toegepast Veiligheidsonderzoek (BTVO) te Den Bosch en tevens redactieraadlid van *Justitiële verkenningen*.

1 [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org) en [www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org).

bewezen interventies. In deze opvatting spelen standaardisering en protocollisering van werkprocessen een belangrijke rol. Deze bevorderen de effectiviteit van behandelprogramma's. Met de komst van EBP heeft protocollisering een hoge vlucht genomen en volgens sommigen zelfs geleid tot 'overprotocollisering' (Andrews e.a., 2011).

Aan de andere kant van het spectrum treffen we de opvatting aan dat professionals een eigenstandig aandeel hebben in de uitkomst van een interventie. In deze visie is de professional niet de uitvoerder van een effectief programma, maar is hij zelf (onderdeel van) het effectieve programma. In deze visie wordt gepleit voor meer onderzoek naar wat professionals effectief maakt, omdat – zo luidt het samenvattende argument – effectieve professionals niet hetzelfde zijn als effectieve behandelprogramma's.

In dit artikel licht ik deze visies nader toe en bespreek ik enkele denkbeelden en achtergronden die eraan ten grondslag liggen. Deze hebben vooral te maken met wetenschappelijke uitgangspunten, onder andere ten aanzien van de 'werkzame stoffen' in interventies en de wijze waarop effectiviteit van interventies wordt vastgesteld. Ze laten zien dat EBP langs verschillende wegen kan worden bereikt.

Het artikel besluit met een pleidooi voor contextspecifieke EBP, waarbij professionals een prominentere rol krijgen in het realiseren van gedragsverandering bij justitiabelen.

### **Waar zitten de werkzame bestanddelen van een interventie?**

Factoren die bijdragen aan het interventieresultaat, bijvoorbeeld gedragsverandering bij delinquenten, kunnen we op allerlei niveaus aantreffen, bijvoorbeeld op het niveau van de delinquent zelf, de professionals met wie deze te maken krijgt, de interactie tussen professional en cliënt, de activiteiten en werkwijzen waaraan de delinquent wordt blootgesteld, en in brede zin 'de context' waarbinnen dit alles plaatsvindt. Onderzoek in de medische sector laat zien dat de meest uiteenlopende factoren kunnen bijdragen aan genezing van patiënten: uiteraard de medische behandeling, maar daarnaast ook factoren als het ondergaan van diagnostisch onderzoek, de vriendelijkheid van verplegend personeel, de wijze waarop artsen gekleed gaan, het gebruik van geavanceerde medische apparatuur, de inrichting van verpleegkamers, enzovoort (Rovers, 2008).

De introductie van RCT's in medisch onderzoek, zo'n zestig jaar geleden, komt voort uit de wens deze zeer uiteenlopende factoren onder controle te krijgen om zodoende het unieke effect van een bepaalde farmacologische, poliklinische of chirurgische behandeling vast te kunnen stellen (Harrington, 2002). Hierdoor ontstond het onderscheid tussen specifieke en generieke behandelfactoren, waarbij de onderzoeker enkel nog geïnteresseerd is in de unieke bijdrage van de specifieke behandelfactor aan het interventieresultaat. De focus van het onderzoek kwam vervolgens te liggen op een bepaalde groep behandelfactoren, namelijk de voornoemde farmacologische, poliklinische of chirurgische behandelfactoren.

Andere disciplines hebben deze focus overgenomen. We zien dit ook in onderzoek naar de werkzaamheid van justitiële gedragsinterventies. Hierin ligt een sterke nadruk op onderzoek naar werkzame bestanddelen van het behandelprogramma. Het gaat dan bijvoorbeeld om de werkzaamheid van vaardigheidstrainingen, school- of gezinsprogramma's, cognitieve gedragstherapie, enzovoort. Voor velen is deze focus zo vanzelfsprekend geworden dat de effectiviteit van het behandelprogramma centraal is komen staan en andere (generieke) behandelfactoren hieraan ondergeschikt gemaakt zijn of eenvoudigweg buiten beeld blijven.

Deze focus is allerminst vanzelfsprekend. Hiervoor zijn verschillende argumenten aan te voeren.

Het eerste is dat gemiddeld genomen de effecten van behandelprogramma's klein zijn. Hoe kritischer het onderzoek, dat wil zeggen hoe meer het onderzoeksdesign het model van het RCT benadert, des te kleiner zijn doorgaans de vastgestelde effecten. Weisburd e.a. (2001) lieten zien dat de effecten van justitiële interventies naar nul tenderen als gebruik wordt gemaakt van de meest kritische onderzoeksdesigns. Dit geldt vooral voor interventies die routinematig worden toegepast. Zo blijken de effecten van cognitieve gedragstherapie voor delinquenten te variëren met de context waarin de interventie plaatsvindt: nieuwe interventies, *pilots* en demonstratieprojecten scoren beter dan interventies die routinematig worden toegepast (Lipsey e.a., 2001). Overigens zijn deze bevindingen niet uniek voor justitiële (gedrags)interventies. Ook in medische en psychotherapeutische interventies hebben (routinematig toegepaste) behandelprogramma's gemiddeld genomen geringe effecten (Ahn en Wampold, 2001; Wampold, 2001).

Het tweede argument is dat de effecten van het ene en het andere behandelprogramma vaak weinig van elkaar verschillen. Vooral met betrekking tot de toepassing van psychotherapeutische interventies is vaak vastgesteld dat de omvang van behandel-effecten niet of nauwelijks varieert tussen verschillende werkzaam geachte behandelprogramma's. Ook het weglaten of toevoegen van werkzaam geachte componenten in het behandelprogramma blijkt nauwelijks van invloed op de resultaten. Zo'n beetje alle reguliere behandelmethoden blijken bij een deel van de cliënten en een deel van de aandoeningen wel 'iets' te doen (Wampold e.a., 1997; Wampold, 2001). Het heeft Wampold en anderen ertoe gebracht te veronderstellen dat er 'onder' deze behandelmethoden andere, gemeenschappelijke factoren schuilgaan die verantwoordelijk zijn voor het resultaat (Imel en Wampold, 2008).

Een derde argument tegen de automatische focus op behandelprogramma's is dat andersoortige behandelfactoren net zo belangrijk blijken voor het interventieresultaat of belangrijker. In medisch onderzoek blijkt de omvang van generieke behandelfactoren, doorgaans aangeduid onder de verzamelterm placebo-effecten, doorgaans een veelvoud van de omvang van het specifieke behandel-effect (Rovers, 2011). Hetzelfde geldt voor psychotherapeutische interventies. Wampold (2001) heeft ooit becijferd dat generieke behandelfactoren in psychotherapeutische interventies gemiddeld genomen negen keer meer variantie in het behandelresultaat verklaren dan specifieke behandelfactoren.

Binnen de categorie van de generieke behandelfactoren is het vooral de relatie tussen professional en cliënt die veel aandacht heeft gekregen. Men spreekt in dit verband doorgaans over de 'therapeutische of werkalliantie'. Studies laten consequent zien dat elementen van deze relatie sterk verband houden met allerhande uitkomstmaten van interventies, zoals deelname aan behandeling, behandeltrouw, coöperatie, afname van probleemgedrag, recidivevermindering en dergelijke<sup>2</sup>.

Verschillende meta-analyses laten zien dat de uitkomsten van medische en psychotherapeutische interventies voor gemiddeld 5 tot 8% kunnen worden toegeschreven aan de rol van de professional, terwijl

2 Voor meer gedetailleerde beschouwingen over deze onderzoeksresultaten zij verwezen naar: Horvath (2001), Shirk en Karver (2003), Dowden en Andrews (2004), Karver e.a. (2006), Baldwin e.a. (2007) en Menger (2009).

het gemiddelde effect van het behandelprogramma niet verder reikt dan 1 tot 2% (Wampold, 2001; Wampold en Brown, 2005). Hierbij moet worden aangetekend dat er grote spreiding zit op de onderzoeksresultaten: het aandeel van de rol van professionals in het resultaat van interventies varieert in deze studies van 0 tot wel 50%. Tegelijkertijd blijkt de invloed van de werkalliantie op de uitkomst van de interventie consistent bij verschillende soorten behandelingen en doelgroepen (bijvoorbeeld Shirk en Karver, 2003).

Samenvattend: de professional als dienaar en trouw uitvoerder van een effectief gebleken behandelprogramma komt vooral voort uit de medische traditie waarin behandelprogramma's centraal staan. Bij psychotherapeutische interventies is de aandacht de laatste jaren verschoven van effectieve behandelprogramma's naar effectieve professionals en effectieve werkallianties tussen professionals en cliënten. De resultaten van het vele onderzoek dat hier inmiddels naar is verricht, laten zien dat dit een heel vruchtbaar perspectief is.

### **Disciplinaire focus van onderzoekers richt de aandacht op specifieke behandelfactoren**

Veel onderzoek naar de effectiviteit van justitiële gedragsinterventies legt niet alleen nadruk op de effectiviteit van behandelprogramma's, maar richt zich daarbinnen ook op specifieke factoren. Binnen de *What Works*-benadering worden dit de criminogene behoeften genoemd. Dit zijn risicofactoren gerelateerd aan (toekomstige) delinquentie (Bonta en Andrews, 2007). Dat deze factoren van evident belang zijn voor criminaliteitspreventie staat buiten kijf, maar de sterke focus hierop in onderzoek naar justitiële gedragsinterventies laat zich waarschijnlijk ook verklaren op grond van de disciplinaire achtergrond van de betrokken onderzoekers. Het zijn vooral criminologen en onderzoekers uit 'nabijgelegen' disciplines die zich bezighouden met preventie van criminaliteit. Hun deskundigheid bevindt zich vooral op het vlak van deze factoren (achtergronden van criminaliteit) en het ligt dan ook voor de hand dat deze veel aandacht krijgen in hun onderzoek.

In onderzoek naar de effecten van interventies gericht op gedragsverandering in andere sectoren wordt in toenemende mate het idee verlaten dat je problematisch gedrag verandert door de oorzaken ervan te

beïnvloeden (de dynamische risicofactoren). Het is effectiever, zo stelt deze benadering, om te werken aan de veranderbereidheid van cliënten. Er is veel literatuur die aantoont dat veranderbereidheid niet alleen een zeer grote rol speelt bij duurzame gedragsverandering, maar dat het hierbij bovendien gaat om een dynamisch kenmerk van cliënten dat zich goed door professionals laat beïnvloeden (Rovers, 2010). Een toenemend aantal onderzoekers in met name het psychotherapeutische veld is dan ook van mening dat het werken aan verander- en behandelmotivatie meer oplevert dan het beïnvloeden van risicofactoren (Prochaska en Norcross, 2007). Een methodiek als 'motiverende gespreksvoering' komt voort uit deze benadering (Miller en Rollnick, 2002).

Voor het onderhavige betoog is het van belang te constateren dat de focus op specifieke behandelfactoren gevolgen heeft voor de rol van professionals in EBP. Behandelprogramma's die gericht zijn op veranderbereidheid van cliënten leggen meer nadruk op de werkzame stoffen binnen professionals en werkallianties dan behandelprogramma's die gericht zijn op risicofactoren. Bij de eerste groep vormen de professionals het werkzame bestanddeel van de interventie, bij de tweede groep zijn ze ondersteunend aan het werkzame bestanddeel.

Het is overigens verbazingwekkend te noemen dat de aandacht voor het motiveren van cliënten voor gedragsverandering zich vooral buiten het justitieveld heeft ontwikkeld. Bij interventies in een dwang- of drangsetting treedt dit vraagstuk immers het meest pregnant op de voorgrond. De kennis die in andere drang- en dwangsettingen is opgedaan met het motiveren van cliënten (vooral in de verslavingszorg en in de psychiatrie) druppelt maar mondjesmaat door naar de justitiesector. Het beïnvloeden van de behandelmotivatie is door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie weliswaar geformuleerd als een van de kwaliteitscriteria voor effectieve interventies (naast 'effectieve behandelmethoden'), maar een erg centrale rol in onderzoek en praktijk heeft dit vraagstuk nog niet verworven.

Samenvattend: de rol van professionals in EBP hangt samen met de disciplinaire focus van onderzoekers. In het justitieveld ligt een sterke nadruk op het beïnvloeden van risicofactoren voor delinquent gedrag. In deze benadering spelen professionals een minder centrale rol dan in behandelprogramma's waarin gedragsbeïnvloeding door professionals centraal staat.

## Hoe wordt de effectiviteit vastgesteld?

De discussie over de rol van professionals in EBP heeft ook te maken met de wijze waarop de effectiviteit van interventies wordt vastgesteld. Ook hier zien we de invloed van het 'medisch model' in het justitieveld. Het streven naar onderzoeksdesigns met maximale controle (RCT's) leidt tot aandacht voor afzonderlijke componenten van de behandeling. Immers, alleen door het isoleren van behandelfactoren zijn we in staat de unieke werkzaamheid van die factoren op een geldige manier vast te stellen (criterium van interne geldigheid). Via meta-analyses wordt onderzocht hoe deze factoren gemiddeld 'scoren'. Bij justitiële gedragsinterventies ligt de nadruk hierbij, zoals we eerder zagen, op beïnvloeding van risicofactoren via het behandelprogramma.

Voorals professionals zijn kritisch op deze werkwijze. Zij wijzen op de consequenties van dit perspectief voor de praktijk (Atkinson, 2004; Van der Laan, 2004; Burnett en McNeill, 2005). Samengevat komt hun kritiek erop neer dat RCT's en meta-analyses kennis genereren die ontdaan is van contextinvloeden en daardoor niet aansluit bij concrete praktijkomstandigheden waarin zij opereren.

De kritiek van professionals op EBP wordt niet altijd serieus genomen. De gebruikelijke opvatting is dat professionals minder effectief worden zodra ze meer afwijken van de vooraf bepaalde standaarden (Nas e.a., 2011). Er zijn verschillende goede redenen om aan te nemen dat dit een nogal beperkt perspectief is en dat de kritiek van professionals op de huidige variant van EBP niet alleen relevant is, maar dat meer in het algemeen hun houding tegenover EBP ook kan worden beschouwd als een werkzame factor. De volgende overwegingen spelen hierbij een rol.

EBP in zijn huidige vorm benadrukt de werking van behandelfactoren los van hun specifieke context. Immers, RCT's isoleren behandelfactoren om hun unieke effect vast te kunnen stellen. Daarnaast genereren meta-analyses kennis over de gemiddelde omvang van deze effecten. Het uitgangspunt is dat wat eerder of elders heeft gewerkt ook hier en nu werkzaam zal blijken. Dit uitgangspunt van 'algemene werkzaamheid' van behandelfactoren is om verschillende redenen problematisch. Ten eerste omdat de toepassing van RCT's er weliswaar toe leidt dat generieke behandelfactoren (meer in het algemeen: de contextfactoren) buiten beeld blijven, maar dit betekent *niet* dat deze factoren

niet werkzaam zijn en (ook) de specifieke behandelfactor zullen beïnvloeden. Het maakt bijvoorbeeld voor de werkzaamheid van ‘een pil’ wel wat uit wie hem geeft en onder welke omstandigheden dit gebeurt (Wampold en Brown, 2005).

De tweede reden is dat meta-analyses de relevantie van context verder verkleinen door onderzoeksresultaten uit verschillende studies op elkaar te stapelen en daar het gemiddelde behandel-effect uit te destilleren (dat meestal klein is). Achter dit gemiddelde gaat doorgaans een grote spreiding schuil, waarin we de contextinvloeden terugvinden.<sup>3</sup> Met andere woorden, we kunnen contexten aantreffen waarin een pil ‘niks doet’, maar ook contexten waarin deze een significante bijdrage levert aan het behandelresultaat. Het negeren dan wel ‘wegmiddelen’ van deze factoren (door de toepassing van RCT’s en meta-analyses) draagt zeker bij aan goede fundamentele wetenschap, maar levert voor concrete praktijken weinig op, omdat deze wél een context kennen en zelden ‘gemiddeld’ zijn.

Het probleem van contextloze kennis wordt geïllustreerd door de spagaat waarin professionals terechtkomen wanneer zij in concrete situaties met concrete doelgroepen gebruik moeten maken van gestandaardiseerde werkwijzen en procedures. Ik heb dit elders ook wel aangeduid als de *diabolo-problematiek* (Rovers, 2011):<sup>4</sup> uit een veelheid van benaderingen en werkwijzen wordt – op basis van onderzoek – één benadering tot standaard verheven. Een veelvormige interventiepraktijk wordt aldus verengd tot één of een beperkt aantal werkzaam gebleken interventies. Echter, om deze *evidence-based* interventies in verschillende praktijken te laten werken, zijn vertaalslagen nodig die de veelvormigheid weer terugbrengen. We zien dit op allerhande niveaus: er wordt bijvoorbeeld een *evidence-based* diagnostisch instrument ontwikkeld dat overall moet worden toegepast, maar in de praktijk blijkt het niet goed te werken voor doelgroep X of situatie Y; professionals proberen er vervolgens een mouw aan te passen, of er wordt een nieuw instrument ontwikkeld, specifiek voor doelgroep X of situatie Y. Vergelijkbare waarnemingen kunnen we doen ten aanzien van de toepassing van behandelprogramma’s. In de praktijk is men altijd bezig de standaard weer aan te passen aan de concrete situatie.

3 Deze spreiding kan ook worden veroorzaakt door andere factoren, zoals verschillen in onderzoeksdesigns, metingen en dergelijke.

4 Een diabolo is een vorm of voorwerp waarbij de uiteinden een bredere diameter kennen dan het middenstuk (bijvoorbeeld bij een zandloper).



In de *What Works*-benadering zien we dit spanningsveld terug in de beginselen van EBP, namelijk het beginsel van programma-integriteit tegenover het beginsel van responsiviteit: het eerste beginsel stelt dat effectiviteit bevorderd wordt door behandelprogramma's uit te voeren zoals ze bedoeld zijn, het tweede stelt dat ze vooral toegesneden moeten worden op specifieke situaties en doelgroepen. In de praktijk blijken deze beginselen lastig of niet te combineren. Bovendien: zodra professionals de slag van 'statistische naar casuïstische kennis' maken, door standaardwerkwijzen toe te snijden op hun eigen praktijksituatie, ontstaat een nieuw probleem. Deze vertaalslag is namelijk niet *evidence-based*. Immers, verschillende professionals zullen deze vertaalslag op verschillende manieren uitvoeren. Met andere woorden, handelende professionals creëren contextfactoren. Dit is voor sommige aanhangers van EBP een reden om de discretionaire bevoegdheid van professionals zo klein mogelijk te maken. In de praktijk blijken deze vertaalslagen echter onontkoombaar. Deze maken dat het bewezen effectieve programma meer of minder effectief zal zijn, al naar gelang de professionals die erbij betrokken zijn en de bredere context waarbinnen het programma wordt uitgevoerd.

Tot slot: op basis van het beschikbare onderzoek naar generieke behandelactoren kunnen we vaststellen dat het oordeel van professionals over EBP ook relevantie heeft voor de resultaten van de interventie. Wanneer professionals enthousiast zijn over de werkwijze bevordert dit positieve resultaten. Omgekeerd zal verzet tegen EBP of een bepaalde handelwijze de uitkomst van de interventie in negatieve zin beïnvloeden (Bootzin en Caspi, 2002; Moerman 2002). Los dus van de vraag waar men het primaat ziet van de werkzame stoffen in een interventie, de houding van professionals ten opzichte van wat ze doen is een autonome voorspeller van slagen (of falen).

Samenvattend: de dominante wijze van onderzoek doen naar effectiviteit van interventies en de focus die hierbij ligt op specifieke behandelactoren, maken dat de rol van uitvoerende professionals vaak ondergeschikt is aan die van behandelprogramma's. Dit geeft een beperkt perspectief op effectiviteit, omdat deze professionals – ze kunnen niet anders – de behandelprogramma's in concrete praktijksituaties 'contextualiseren', waarmee ze hoe dan ook veel invloed uitoefenen op de resultaten van de interventie.

## Conclusie

*Evidence-based* werken is in de mode. Bij justitiële gedragsinterventies krijgt dit idee vooral vorm in de ontwikkeling van op risicofactoren gerichte behandelprogramma's waarvan de effectiviteit is vastgesteld in onderzoek dat het RCT-model benadert. Meta-analyses ondersteunen EBP door uit beschikbaar onderzoek de behandelfactoren te selecteren die gemiddeld goed scoren. De rol van professionals in deze benadering is vooral die van uitvoerders van effectief gebleken behandelprogramma's.

Een belangrijke kritiek op deze benadering is dat de aangetoonde effecten van de onderzochte behandelprogramma's doorgaans klein zijn. De critici, die we vooral buiten het justitieveld vinden, zijn van mening dat dit komt omdat belangrijke behandel-effecten 'elders' gevonden kunnen worden. Zij pleiten dan ook voor een benadering van EBP waarin andersoortige behandelfactoren centraal staan. Hierin kunnen we verschillende theoretische benaderingen onderscheiden, zoals de transtheoretische benadering van Prochaska en Norcross (2007), waarin beïnvloeding van cliëntmotivatie centraal staat, of de *Common Factors*-benadering van Imel en Wampold (2008), waarin generieke factoren zoals geloof in het effect van de behandeling, de werkaliantie en dergelijke centraal staan.

Wat deze benaderingen gemeen hebben is hun nadruk op behandelfactoren waarin professionals en de *werkalliantie* tussen professional en cliënt een centrale rol spelen. Dit perspectief verschilt wezenlijk van gangbare EBP-benaderingen, waarin professionals dienstbaar zijn aan bewezen effectieve behandelprogramma's. In deze benaderingen worden behandelprogramma's juist dienstbaar gemaakt aan effectieve professionals. Hun handelen, en meer in het bijzonder de werkaliantie, komt centraal te staan als 'methode'. Dit betekent dat er ook andere behandelfactoren in beeld komen, zoals behandelmotivatie, vertrouwen van cliënten in de behandeling en/of professional, geloof in eigen vermogen tot herstel of verandering, verwachtingen omtrent de uitkomst, enzovoort. De werking van deze generieke factoren wordt niet langer beschouwd als een hinderlijk bijproduct van onderzoek naar interventies, een bijproduct dat men door middel van RCT's zo veel mogelijk wil buitensluiten, maar wordt juist tot onderwerp van onderzoek gemaakt. De voorheen generieke behandelfactoren worden, met andere woorden, specifiek gemaakt. Deze factoren laten zich

op de gebruikelijke wijze onderzoeken en leveren kennis op voor EBP. De data van het beschikbare onderzoek bevestigen dat dit perspectief mogelijk meer potentie heeft dan het gangbare 'risicofactorenperspectief'.

Tegelijkertijd moeten we bij deze conclusie een kanttekening plaatsen, omdat de kleine effecten van reguliere behandelprogramma's zich niet alleen laten verklaren uit het feit dat men naar de 'verkeerde' behandelfactoren kijkt, het is ook mogelijk dat deze kleine effecten verklaard kunnen worden vanuit de gehanteerde onderzoeksdesigns. Door het gebruik van RCT's (of onderzoeksdesigns die daarop lijken) worden individuele behandelfactoren in isolatie beschouwd. Dat deze in de context van allerhande factoren die de interventie beïnvloeden hooguit een marginaal effect hebben, hoeft dus niet te verwonderen. We kunnen immers stellen: hoe sterker het onderzoeksdesign, dat wil zeggen hoe beter de controle over versturende factoren, des te kleiner het effect van een specifieke behandelfactor zal zijn.

Er zijn dan ook critici, onder wie ondergetekende, die stellen dat het niet alleen nodig is de aandacht binnen interventies te verschuiven van effectieve programma's naar effectieve professionals, maar dat het ook van belang is de valkuil van 'contextloosheid' te vermijden. De werkzaamheid van professionals (en dit geldt ook voor behandelprogramma's) kan los van de context niet op een zinvolle manier worden vastgesteld.

Contextspecifieke EBP impliceert echter de acceptatie van het idee dat factoren die werkzaam zijn in de ene context, niet werkzaam hoeven zijn in een andere context. Dit lijkt in het huidige tijdsgewricht een idee dat op weinig draagvlak kan rekenen. De belangen van politici, bestuurders, managers en wetenschappers lijken juist te convergeren in de huidige uitgangspunten van EBP, namelijk dat hetzelfde 'kunstje' overal moet werken (Rovers, 2011).

De vraag wat het handelen van professionals in interventies effectief maakt, blijkt een zeer vruchtbaar onderzoeksgebied te zijn, al is het alleen maar omdat uitkomsten van interventies in sterke mate hierdoor bepaald worden. Dit onderzoeksgebied is binnen het justitieveld nog erg dun. Er zijn geen belemmeringen om, zo men dit wil, EBP te baseren op onderzoek dat zich exclusief bezighoudt met effectiviteit van professionals. De vrees bij sommigen dat onderzoek naar het handelen van professionals per definitie vage, niet-overdraagbare en vooral niet-toetsbare kennis oplevert, is geheel ongegrond. Het onder-

zoek naar effectieve professionals kan net zo 'hard' zijn als het onderzoek naar effectieve behandelprogramma's gericht op risicofactoren. Er valt in dit opzicht veel te leren van de bevindingen uit andere wetenschappelijke disciplines en de discussies die daar gaande zijn. Tot slot: als we justitiële gedragsinterventies beschouwen als een film, dan spelen de behandelprogramma's op dit moment een hoofdrol en figureren de professionals in een bijrol. Als we op basis van de bestaande wetenschappelijke inzichten een Oscar mogen toekennen, dan ligt het voor de hand dat deze naar de bijrol gaat.

## Literatuur

### **Ahn, H., B.E. Wampold**

*Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy*

Journal of Counseling Psychology, jrg. 48, 2001, p. 251-257

### **Andrews, D.A., J. Bonta e.a.**

*The Risk-Need-Responsivity (RNR) model: Does adding the good lives model contribute to effective crime prevention?*

Criminal Justice and Behavior, jrg. 38, 2011, p. 735-754

### **Atkinson, D.**

*The What Works debate: Keeping a human perspective*

Probation Journal, jrg. 51, 2004, p. 248-252

### **Baldwin, S.A., B.E. Wampold e.a.**

*Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance*

Journal of Consulting and Clinical Psychology, jrg. 75, 2007, p. 842-852

### **Bonta, J., D.A. Andrews**

*Risk-Need-Responsivity model for offender assessment and rehabilitation*

Ottawa, Public Safety Canada, 2007

### **Bootzin, R.A., O. Caspi**

*Explanatory mechanisms for placebo effects: Cognition, personality and social learning*

In: H.A. Guess, A. Kleinman e.a. (red.), *The science of the placebo: Toward an interdisciplinary research agenda*, Londen, BMJ Books, 2002, p. 108-132

**Burnett, R., F. McNeill**

*The place of officer-offender relationship in assisting offenders to desist from crime*

Probation Journal, jrg. 52, 2005, p. 221-242

**Dowden, G., D.A. Andrews**

*The importance of staff practice in delivering correctional treatment: A meta-analytic review of core correctional practice*

International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, jrg. 48, 2004, p. 203-214

**Harrington, A.**

*'Seeing' the placebo-effect: Historical legacies and present opportunities*

In: H.A. Guess, A. Kleinman e.a. (red.), *The science of the placebo; Toward an interdisciplinary research agenda*, Londen, BMJ Books, 2002, p. 35-52

**Horvath, A.O.**

*The alliance*

Psychotherapy, jrg. 38, 2001, p. 365-372

**Imel, Z.E., B.E. Wampold**

*The importance of treatment and the science of common factors in psychotherapy*

In: S.D. Brown en R.W. Lent (red.), *Handbook of counseling psychology*, Hoboken (NJ), John Wiley & Sons Inc., 2008, p. 249-262

**Karver, M.S., J.B. Handelsman e.a.**

*Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature*

Clinical Psychology Review, jrg. 26, 2006, p. 50-65

**Laan, G. van der**

*De professional als expert in practice-based evidence*

Sociale Interventie, jrg. 4, 2004, p. 5-16

**Lipsey, M.W., G.L. Chapman e.a.**

*Cognitive-behavioral programs for offenders*

The Annals of the American Academy of Political and Social Science AAPSS, nr. 578, 2001, p. 144-157

**Menger, A.**

*Wie werkt? Over het vakmanschap van de reclasseringswerker*

In: J.M.H. Hermanns en A. Menger (red.), *Walk the line; over continuïteit en professionaliteit in het reclasseringswerk* (openbare les maart 2009), Utrecht, Hogeschool Utrecht, Kenniscentrum Sociale Innovatie, 2009

**Miller, W.R., S. Rollnick**

*Motivational interviewing; Preparing people for change*

New York/Londen, The Guilford Press, 2002 (2de druk)

**Moerman, D.**

*Meaning, medicine and the 'placebo effect'*

Cambridge (UK)/ New York, Cambridge University Press, 2002

**Nas, C.N., M.M.J. van Ooyen-Houben e.a.**

*Interventies in uitvoering; wat er mis kan gaan bij de uitvoering van justitiële (gedrags)interventies en hoe dat komt*

Den Haag, WODC, 2011

**Prochaska, J.O., J.C. Norcross**

*Systems of psychotherapy; A transtheoretical analysis*

Belmont (CA), Brooks/Cole, Cengage Learning, 2007

**Rovers, B.**

*'Ze deugen nergens voor'; het Belief-effect in justitiële jeugdinterventies*

In: H. Moors en B. Rovers (red.), *Geloven in veiligheid; tegen-draadse perspectieven*, Den Haag, Boom Juridische uitgevers, 2008

**Rovers, B.**

*Motiveren en motivatieproblematiek*

In: M. Kooijmans (red.), *Integraal motiveren in het jongerenwerk van de Twern*, Den Bosch, Expertisecentrum Veiligheid, 2010

**Rovers, B.**

*De verspilde moeite van evidence-based criminaliteitspreventie; een essay*

In: T. Spapens, M. Groenhuizen e.a. (red.), *Universalis; liber amicorum Cyrille Fijnaut*, Antwerpen/Cambridge, Intersentia, 2011

**Shirk, S.R., M. Karver**

*Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review*

Journal of Consulting and Clinical Psychology, jrg. 71, 2003, p. 452-464

**Wampold, B.E.**

*The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*

Mahwah (NJ), Erlbaum, 2001

**Wampold, B.E., G.S. Brown**

*Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care*

Journal of Consulting and Clinical Psychology, jrg. 73, 2005, p. 914-923

**Wampold, B.E., W. Mondin e.a.**

*A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, 'all must have prizes'*

Psychological Bulletin, jrg. 122, 1997, p. 203-215

**Weisburd, D., C.M. Lum e.a.**

*Does research design affect study outcomes in criminal justice?*

The Annals of the American Academy of Political and Social Research, nr. 578, 2001, p. 50-70