



Nederlands
Jeugdinstituut

Interventie

Happyles

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering

Datum: 24 september 2020

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Meije (27 augustus 2020).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Happyles'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud.....	3
Samenvatting.....	4
Doelgroep.....	4
Doel.....	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing.....	5
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving.....	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	7
1.3 Aanpak.....	8
2. Uitvoering.....	13
3. Onderbouwing.....	16
4. Onderzoek.....	21
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	21
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten.....	22
5. Samenvatting Werkzame elementen.....	24
6. Aangehaalde literatuur.....	25

Samenvatting

Happyles (uit 2010) is een programma dat beoogt de mentale fitheid te versterken en depressieklachten te voorkomen bij jongeren tussen 13-25 jaar in het vmbo en mbo. Een online stepped care aanbod dat universele en geïndiceerde preventie omvat. Happyles is ontwikkeld om ook lager opgeleide jongeren te kunnen bereiken. Omdat zij minder geneigd zijn zelf hulp te zoeken voor hun depressieklachten, is ervoor gekozen Happyles in een schoolsetting aan te bieden (Van der Zanden et al., 2010 a-b; Crutzen, 2009; Zwaanswijk et al., 2005).

Getrainde professionals (uit GGZ-preventie, GGD of JGZ) verzorgen de Happyles: twee klassikale lessen, twee e-lessen, screening (Happylestest) en een afsluitend adviesgesprek.

In drie pilotonderzoeken en een monitoronderzoek, is Happyles goed ontvangen door leerlingen, mentoren en uitvoerders van de Happyles. In 2021 gaat een driejarig, grootschalig effectonderzoek van start met een experimentgroep en een controlegroep. De resultaten zullen meer inzicht geven in het langdurige effect van Happyles.

Doelgroep

De primaire doelgroep van Happyles is alle leerlingen van het vmbo of mbo van 13 tot 25 jaar.

Havo-leerlingen of vwo-leerlingen volgen de lessen soms ook. Sommige gemeenten bieden Happyles bij voorkeur aan op scholen in 'achterstandswijken'.

Subdoelgroep is leerlingen met gesignaleerde somberheidsklachten. Zij krijgen aanvullende gesprekken en/of worden doorverwezen.

Doel

Versterking van de mentale fitheid bij alle leerlingen uit de doelgroep. Vermindering van somberheids- of depressieve klachten bij de subdoelgroep. Vroegtijdig signaleren van somberheidsklachten en/of depressie en voorkomen van het ontstaan of verergering van depressie bij de subdoelgroep.

Aanpak

- Klassikale introductie les over geluk, niet lekker in je vel zitten.
- Twee e-lessen: theorie, oefeningen, tips en filmpjes.
- Afsluitende klassikale les met herhaling lesstof.
- Happylestest: online vragenlijst over depressie, welbevinden, thuissituatie, middelengebruik, schoolverzuim, voor- en nameting.
- Adviesgesprek: input Happylestest.
- Lage score: extra ondersteuning van trainer of vervolgtraject in reguliere hulpverlening.

Materiaal

- Website www.happyles.nl met Informatie en filmpje over Happyles
- Website www.happyles/cursus:
 - Happylestest (voor- en nameting)
 - Twee e-lessen (2x45 minuten)
 - Chill-out en dossier
- Beheeromgeving voor trainers Happyles

- Brochure, poster, flyer via www.trimbos.nl
- Docentenhandleiding voor klassikaal aanbod
- Helpdesk

Onderbouwing

Mentaal fitte jongeren ervaren meer geluk. Geluk gaat samen met betere schoolprestaties, een betere sociale inbedding en het hebben van meer energie. Gelukkige mensen hebben meer vrienden, een betere zelfbeheersing, zijn creatiever, weten beter om te gaan met stress en pijn en hebben meer zelfvertrouwen (Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

Depressie is een veelvoorkomende psychische aandoening onder jongeren. In 2017 had 18,7 procent van de Nederlandse jongeren in het vo emotionele problemen, zoals stemmings- en angststoornissen (Stevens 2018). In het Meerjarenprogramma Depressie preventie (Ministerie VWS 2017) zijn jongeren meegenomen als één van de zes hoog risicogroepen. Signalering en vroegtijdig ingrijpen bij subklinische depressie is vanuit preventief oogpunt relevant, aangezien deze een belangrijke voorspeller is van een depressie in de nabije toekomst (Georgiades et al., 2006; Cuijpers et al. 2008).

Happyles beoogt in een vroeg stadium te screenen op (sub)klinische depressieklachten. Jongeren worden doorverwezen naar hulp en ondersteuning. Uit pilots blijkt dat Happyles lijkt te helpen tegen depressieklachten. Driejarig, grootschalig effectonderzoek (start 2021) zal hierover meer zekerheid geven.

Onderzoek

Drie pilotstudies met voor- en nametingen laten veelbelovende resultaten zien. De lessen lijken voor jongens en meisjes met subklinisch of klinisch depressieniveau te helpen tegen depressieklachten. Ook meisjes zonder een verhoogd depressieniveau lijken te profiteren van de interventie. Culturele achtergronden lijken daarentegen geen invloed te hebben. Resultaten tonen aan dat Happyles geschikt is voor mbo- en vmbo-leerlingen tussen de 13-25 jaar, maar laten ook positief resultaat zien voor havo- en vwo-leerlingen. Happyles wordt goed gewaardeerd door uitvoerende partijen en door leerlingen zelf, waarbij meisjes en lager opgeleide jongeren (vmbo-niveau) de hoogste tevredenheidscijfers geven: Happyles sluit aan bij de beoogde doelgroep.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Jongeren tussen de 13-25 jaar die leerling zijn op het vmbo of mbo (alle niveaus, inclusief leerwegondersteunend onderwijs (lwoo)). Soms wordt de interventie ook op de havo en het vwo aangeboden.

Een enkele gemeente biedt de interventie vooral aan op scholen (veelal in achterstandswijken) waar veel leerlingen zijn met psychosociale en maatschappelijke problemen.

Wanneer de Happylestest, de e-lessen, en/of het adviesgesprek daar aanleiding toe geven, kan een jongere doorverwezen worden en/of aanvullende gesprekken krijgen. De doorverwijzing of kortdurende ondersteuning door de trainer (preventiemedewerker) voor leerlingen uit deze subdoelgroep, hoort nog bij de Happyles aanvullende en achterliggende hulpverlening niet.

Intermediaire doelgroep

De intermediaire groep zijn de uitvoerders van het Happylesaanbod. Dit zijn getrainde professionals werkzaam bij een afdeling voor preventieve jeugd GGZ, GGD of JGZ. Zij stemmen het aanbod af met betrokken docenten/mentoren en ondersteuningsteam van de school.

Mentoren of docenten zijn aanwezig tijdens de Happyles en bewaken de orde in de klas. Zij zien en horen wat leeft onder hun leerlingen en kunnen daar in hun ondersteuning van de leerlingen naar terug grijpen.

Selectie van doelgroepen

Happyles is voor alle leerlingen van het vmbo en het mbo een interventie voor universele preventie van depressie. Leerlingen hebben een leeftijd tussen de 13-25 jaar.

Over het algemeen melden scholen zich aan voor de interventie; in enkele gevallen worden ze speciaal geselecteerd. De trainers bespreken met de school welke klassen Happyles krijgen. De keuze voor klassen en/of het leerjaar wordt mede bepaald op praktische gronden (ruimte in lesprogramma en dergelijke).

Gemeenten financieren Happyles. Een enkele gemeente kiest er voor Happyles vooral aan te bieden op scholen waar veel leerlingen zijn met psychosociale of maatschappelijke problematiek. In het geval dat lokale jeugdhulpverleners signaleren dat er veel problemen zijn op een specifieke school, wordt die school geselecteerd voor aanbod Happyles. In dit geval is sprake van selectieve preventie.

Doorgaans wordt het lesprogramma aangeboden op het mbo (niveau 1 t/m 4 van alle beroepsopleidingen) en vmbo (alle niveaus, incl. lwoo). Op scholengemeenschappen wordt Happyles ook wel aangeboden op havo en vwo. Voor het universele deel zijn verder geen contra-indicaties.

Voor leerlingen bij wie gedurende de Happyles en tijdens het adviesgesprek depressieklachten worden geconstateerd, is een beperkt extra aanbod beschikbaar (het betreft hier selectieve preventie). Het adviesgesprek duurt voor deze leerlingen doorgaans langer dan tien minuten, de trainer (hulpverlener uit het jeugdveld) heeft de mogelijkheid daarna nog enkele extra gesprekken te plannen en eventueel de doorverwijzing regelen.

Veelal kunnen trainers jongeren in één of meerdere gesprekken begeleiden naar vervolghulp. Ook kunnen ze jongeren handvatten bieden om anders met hun problemen om te gaan.

Betrokkenheid doelgroep

Zie ook 4.1

Happyles is op verschillende momenten geëvalueerd met leerlingen, uitvoerders en andere betrokkenen.

2010: Bij de ontwikkeling van de eerste Happyles-versie: focusgroep van mbo-leerlingen die hun mening en advies gaven o.a. m.b.t. vormgeving.

2010 1^e pilot op vier mbo's: deelnemende leerlingen uitgevraagd.

2011 2^e pilot: Happyles uitgevoerd bij vmbo-, havo- en vwo-leerlingen: hun oordeel gevraagd. Wijzigingen: i.p.v. docenten gingen jeugdhulpverleners de trainingen geven en i.p.v. drie voortaan twee e-lessen.

2013 3^e pilot: Happyles aan vmbo-leerlingen voorgelegd (alle niveaus incl. lwoo).

Tekstuele aanpassingen, m.n. voor leerlingen in het vmbo-basis en lwoo-leerlingen. Het afsluitende adviesgesprek geïntroduceerd.

2018: Beperkt monitoringsonderzoek gedaan in één gemeente (Lokman e.a., 2018).

Telefonische interviews: twee trainers en één mentor (praktijkklas) én evaluatieopmerkingen van leerlingen. Het leidde tot een aantal aanpassingen:

- inhoud ongewijzigd, wijzigingen in tekst en plaatjes,
- meer structuur in e-lessen,
- trainer kan eenvoudiger voortgang en scores van leerlingen bekijken,
- beveiligingsmaatregelen (AVG).

1.2 Doel

Hoofddoel

Versterking van de mentale fitheid en vermindering van somberheids- of depressieve klachten bij vmbo- en mbo-leerlingen tussen de 13 en 25 jaar.

Leerlingen leren/ontwikkelen:

- copingvaardigheden om mentaal fitter te worden
- klachten bij zichzelf te herkennen
- hulp te vragen

Doel trainer:

- (Vroegtijdig) signaleren van somberheids- en depressieve klachten

Doel school (docenten/mentoren):

Mentaal fittere leerlingen en beter inzicht in wat de leerlingen bezighoudt.

Subdoelen

Subdoel 1. Het verbreden van copingvaardigheden om mentaal fitter te worden. Het gaat om copingvaardigheden als:

- Het ontwikkelen van positieve gevoelens
- De samenhang begrijpen tussen denken, doen en voelen
- Het herkennen van reële (niet helpende) gedachten en reële (helpende) gedachten
- Het omgaan met problemen
- Het aangaan van positieve relaties met anderen
- Nadenken over de toekomst

Subdoel 2. (subdoelgroep) Jongeren (h)erkennen somberheids- en eventuele depressieklachten bij zichzelf. Vroegtijdig signaleren en hulpverlening voorkomen het ontstaan of verergeren van een depressie.

Subdoel 3. (subdoelgroep) Jongeren durven hulp te vragen: het taboe op 'je niet gelukkig voelen' en 'in een dip zitten' wordt doorbroken. Jongeren krijgen meer kennis over de hulpmogelijkheden en hebben daar meer vertrouwen in.

Subdoel 4. (intermediaire doelgroep) Het signaleren van somberheids- en depressieve klachten door de trainer Happyles. De trainer krijgt zicht op leerlingen met somberheidsklachten of een depressie, o.a. door de resultaten van de Happylestest en het ontstane beeld tijdens de lessen.

Subdoel 5. (intermediaire doelgroep) Mentaal fitte leerlingen op school en beter inzicht in de psychische gezondheid van de leerlingen.

Mentaal fittere leerlingen:

- zijn gezondere leerlingen
- ervaren meer plezier op school
- hebben betere schoolprestaties
- zijn creatiever
- hebben een betere sociale omgeving en meer vrienden
- leiden tot minder schooluitval

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

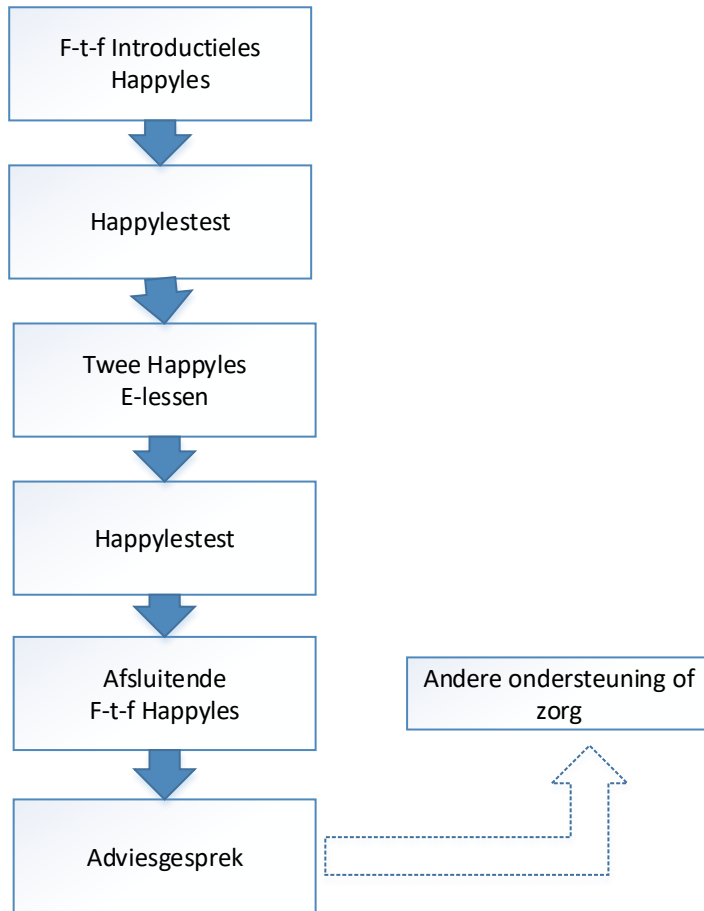
Vaste onderdelen van Happyles

- 1) Klassikale face-to-face introductie les van 45 minuten (week 1).
- 2) Twee e-lessen van 45 minuten (week 2 en 3).
- 3) Chill-out (online filmpjes, muziek, ontspanningsoefeningen) en Dossier (teruglezen van gemaakte opdrachten) voor leerlingen die eerder met de e-les klaar zijn (week 2 en 3).
- 4) Afsluitende face-to-face les (week 4).
- 5) Happylestest van 15 minuten (online vragenlijst over depressie, welbevinden, thuissituatie, middelengebruik, schoolverzuim) voorafgaand aan de 1^e e-les (week 2) en een week na de 2^e e-les (week 4).
- 6) Adviesgesprek van 10 minuten tussen trainer en alle afzonderlijke leerlingen (binnen 2 tot 4 weken na afloop van de lessen).

Facultatief vervolg op Happyles

Jongeren, bij wie de trainer tijdens het Happyles-traject mogelijke somberheidsklachten signaleert, kunnen wat langer ondersteund worden: de trainer voert een langer adviesgesprek en/of kan een nieuwe afspraak plannen. Soms spreekt de trainer een aantal keer met de jongere, bijvoorbeeld om hem/haar te stimuleren hulp te zoeken of handvatten te geven (hoe met sombere gevoelens of vervelende situaties om te gaan). De trainer kan desgewenst doorverwijzen naar hulpmogelijkheden online zoals 'Grip op je dip' of in de lokale jeugdhulpketen, zoals een KOPP/KOV-cursus, faalangsttraining of mindfulness. Vervolghulp maakt geen deel uit van Happyles.

Figuur 1: Schematisch overzicht onderdelen Happyles



Inhoud van de interventie

Werving scholen

Happyles wordt uitgevoerd door lokale partners (uitvoerders) die werkzaam zijn in de jeugdhulpverlening (preventie afdeling jeugd GGZ, GGD, JGZ). Een uitvoerder regelt in zijn regio zelf de financiering voor Happyles bij de gemeente. Met deze subsidie kan Happyles worden uitgevoerd op een aantal scholen. De uitvoerder werft deze scholen zelfstandig. Happyles is voor scholen momenteel gratis.

Scholen maken soms ook zelf hun belangstelling voor Happyles kenbaar via de website: www.happyles.nl of sturen een mail naar de helpdesk die door het Trimbos-instituut beheerd wordt. De helpdesk verwijst scholen door naar een lokale uitvoerder. Wanneer er nog geen lokale uitvoerder is, gaat het Trimbos-Instituut al dan niet samen met de school op zoek naar een naar een nieuwe partner om Happyles op deze school uit te voeren.

Met het oog op het grote effectonderzoek dat van start gaat in 2021, zal er vanuit het Trimbos-Instituut meer actief geworven gaan worden. Een aantal scholen is al actief benaderd. In de komende periode zal ook gebruik gemaakt worden van diverse Trimbos kanalen en kanalen van relevante samenwerkingspartners (GGZ Nederland en GGD GHOR Nederland).

Aanbod Happyles op school

Voordat een klas start met Happyles, vindt afstemming plaats tussen de trainer en de klassenmentor. Bij voorkeur vindt Happyles tijdens mentoruren plaats. De trainer maakt

de leerling accounts aan in het systeem. De mentor introduceert twee weken voorafgaand aan de lessen Happyles bij de leerlingen. De mentor is aanwezig bij de lessen om orde te houden en het belang van de lessen te onderstrepen, maar geeft de lessen niet zelf; dit is voorbehouden aan de opgeleide preventiewerker. Uit een eerdere procesevaluatie bleek dat het meeste effect van de lessen is te verwachten, als een voor Happyles geschoolde professional deze geeft.

De trainer is bij alle lessen aanwezig, ook bij de e-lessen. Zo kan hij hulp bieden en observeren of leerlingen de e-lessen serieus doorlopen.

Introductie les

De klassikale introductie les start met een introductiefilmpje. Vervolgens introduceert de trainer de onderwerpen 'geluk' en 'in een dip zitten' aan de hand van stellingen.

Verschillende actieve werkvormen worden gebruikt: Kahoot Quiz, Over de streep etc.. De jongeren discussiëren aan de hand van opdrachten over onderwerpen als geluk, een dip en somberheid.

Doelen les:

- *Bespreikbaar maken van het onderwerp 'geluk' en 'je gelukkig voelen'.*
- *Verschillende aspecten van 'geluk' belichten.*
- *Taboe op 'je niet gelukkig voelen' en 'in een dip zitten' doorbreken.*

Happylestest

E-les 1 start met het invullen van de online Happylestest. Deze bestaat uit een depressieschaal, de CES-D. Dit is een 20-item vragenlijst met een vier-puntschaal gericht op het meten van depressiesymptomen.

Naast de CES-D bevat de Happylestest andere online vragenlijsten ter ondersteuning van signalering van problemen en doorverwijzing zoals de welbevinden vragenlijst (WEMWBS). Ook zijn vragen opgenomen over middelengebruik, schoolverzuim en de thuissituatie. Na het invullen krijgt de leerling geautomatiseerde feedback op zijn 'geluksscore' en een advies.

E-les 1

Vervolgens doorlopen leerlingen de eerste e-les. Deze bestaat uit filmpjes, een quiz, afwisselende opdrachten en tips (bijvoorbeeld 'Eerste Hulp Bij Stress'). Zodra alle opdrachten zijn afgevinkt, kan de leerling door naar het volgende onderdeel.

Doelen van de opdrachten in e-les 1 zijn dat leerlingen:

- *nadenken over waar ze gelukkig van worden en waar ze minder gelukkig van worden,*
- *nadenken over de invloed van denken en doen op het gevoel,*

E-les 1 bestaat uit twee onderdelen:

- *Positief gevoel – oefeningen waar jongeren direct een positief gevoel van kunnen krijgen.*
- *Denken, voelen, doen – jongeren krijgen inzicht in de relatie tussen het eigen denken, voelen en doen.*

E-les 2

Ook e-les bestaat uit uiteenlopende opdrachten (bijv. Herken jij dit? en Problemen weggooien), filmpjes en een quiz.

Doelen van de opdrachten in e-les 2 zijn dat leerlingen:

- nadenken over contact met anderen,*
- leren dat sommige problemen oplosbaar zijn en andere niet,*
- nadenken over toekomstdromen.*

E-les 2 bestaat uit drie onderdelen:

- Problemen oplossen – onderscheid leren maken tussen belangrijke en onbelangrijke problemen en tussen oplosbare en niet-oplosbare problemen. Leerlingen leren hoe ze met deze problemen kunnen omgaan.*
- Jij en de rest – geeft jongeren inzicht in het onderhouden van positieve relaties met verschillende mensen (je partner, vrienden, familie, docent etc.). Zij leren hierin een 4-stappenplan te gebruiken voor "handig" communiceren; een communicatie waarbij de jongere zich goed voelt, duidelijk maakt wat hij denkt/wilt en de ander niet kwetst. Jongere leren het belang inzien van "iets aardigs doen voor een ander".*
- De toekomst – jongeren geven hier bij verschillende levensgebieden hun ideale toekomstbeeld op. Vervolgens maken zij tussendoelen voor het hier en nu, die bijdragen aan het bereiken van dit ideale toekomstdoel.*

Dossier & Chill out

Alle opdrachten die jongeren maken worden opgeslagen in een online dossier, gekoppeld aan hun eigen account. Zo kunnen ze de opdrachten, filmpjes en hun antwoorden nogmaals bekijken en eventueel printen. Ook is er een "Chill out" ingebouwd met anti-piekertips, extra filmpjes en audiobestanden (bijvoorbeeld ontspanningsoefeningen). Wanneer jongeren klaar zijn met een les, kunnen ze in de "Chill out" aan de slag.

Afsluitende klassikale les (vast onderdeel)

In deze les wordt teruggehaald wat leerlingen in de voorgaande lessen hebben geleerd. Voor het vmbo en het mbo zijn aparte afsluitende lessen gemaakt.

De les is plenair en de trainer geeft uitleg en verschillende oefeningen (bijvoorbeeld over 'Denkfouten' en 'Anders denken').

Doelen les:

- Terughalen wat de leerlingen tot nu toe hebben geleerd*
- Samenhang duidelijk maken tussen je gedachten en je gevoelens*
- Inzicht geven in denkfouten en helpende gedachten*

Aan het einde van deze les vult de jongere weer de Happytest in. Door deze vragenlijst als voor- en nameting te gebruiken, is het effect van Happytest meetbaar. De scores van de twee testen gebruikt de trainer in het adviesgesprek. Leerlingen krijgen verschillende soorten advies op basis van hun totaalscore op de laatste Happytest:

Je hebt een score van (0-14) op de Happytest.

Je zit op dit moment niet lekker in je vel. Je verdient meer geluk.

Je krijgt nog een individueel gesprek met de Happytest-trainer. Misschien kun je met hem of haar praten over wat niet zo lekker gaat. De trainer heeft vaak ook nog adviezen over wat je kunt doen.

Belangrijk is ook dat je praat over hoe jij je voelt met mensen die je vertrouwt. Bijvoorbeeld je ouders, broer/zus, vrienden, mentor of ga naar je huisarts.

De tips uit de twee e-lessen kun je gebruiken als een opstap om je beter te gaan voelen.

Persoonlijk adviesgesprek

Na de lessen volgt een persoonlijk adviesgesprek met de trainer. Op basis van de gelukscore gecombineerd met de WEMWBS en overige informatie, bespreken trainer en jongere of deze verdere hulp nodig heeft (van mentor, ondersteuningsteam, of preventie- of hulpaanbod in de jeugdhulpverleningsketen) waarna doorverwijzing kan plaatsvinden. Voor leerlingen jonger dan 18 jaar is hiervoor toestemming nodig van de ouders of verzorgers.

Als een leerling geen verhoogde CES-D score heeft, betekent dit niet altijd dat er geen psychosociale problemen zijn. Soms kan op basis van de overige vragenlijsten in het adviesgesprek blijken, dat hulp of ondersteuning gewenst is (bijvoorbeeld een jongere die opgroeit in een KOPP/KOV-gezin). De trainer voert het adviesgesprek in principe met alle leerlingen die Happyles hebben gevolgd. Dit voorkomt stigmatisering en heeft als extra voordeel dat ook leerlingen die de test niet serieus dan wel niet conform de werkelijke situatie hebben ingevuld, tijdens het adviesgesprek toch openheid van zaken kunnen geven. Het adviesgesprek kan gekoppeld worden aan het PGO of contactmoment voor adolescenten, uitgevoerd door de JGZ.

In een Happyles project in Den Haag duurde twee derde van de adviesgesprekken tien minuten of korter (Van der Zanden et al., 2013).

2. Uitvoering

Materialen

- Website www.happyles.nl met:
 - informatie en filmpje over Happyles
- Cursus website Happyles:
 - online Happylestest – mede ter evaluatie van de e-lessen
 - twee e-lessen (2x45 minuten)
 - chill-out en dossier
- Beheeromgeving voor begeleiders/trainers
- Happyles brochure, poster, flyer, te verkrijgen via de webwinkel op www.trimbos.nl
- Docentenhandleiding voor klassikale aanbod (face-to-face introductieles, e-lessen), te verkrijgen na de verplichte train-de-trainer voor GGZ-, JGZ- en GGD-professionals.

Locatie en type organisatie

Happyles wordt aangeboden op scholen in het vo en het mbo. De voor Happyles geschoolde professionals geven de lessen op de scholen zelf. De trainer verzorgt de lessen in samenspraak en aanwezigheid van de mentor van de klas.

Happyles kan worden uitgevoerd door professionals die werkzaam zijn bij een instelling voor GGZ, een GGD, de JGZ of door andere professionals die opgeleid zijn in de geestelijke gezondheidszorg. De trainers werken doorgaans op een (jeugd) preventieafdeling (preventiehulpverleners).

Organisaties die Happyles aanbieden, beschikken over geschoolde Happyles-trainers die opgeleid zijn door een aan het Trimbos-instituut gelieerde trainer. De organisatie die de Happyles uitvoert, maakt afspraken met het Trimbos-instituut over het aanbieden van Happyles en betaalt kosten voor de train-de-trainer en gebruikslicenties Happyles.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

- Preventiewerkers jeugd GGZ, GGD of JGZ; eerstelijns psychologen; andere beroepsgroepen opgeleid in GGZ.
- Universitair of hbo-niveau (psychologie, pedagogiek, medische achtergrond, spv'ers)
- Kennis van depressie bij jongeren (ontstaan, kenmerken depressie en voorstadia, risicofactoren)
- Kennis van psychosociale problematiek bij jongeren
- Kennis van aangrijpingspunten voor preventie en behandeling; kennis over cognitieve gedragstherapie en positieve psychologie
- Ervaring of affiniteit met jongeren, en specifiek met lager opgeleide jongeren
- Kennis over de sociale kaart in de regio: de jeugdhulpverleningsketen

Kwaliteitsbewaking

Uitvoerders van Happyles worden verplicht getraind door het Trimbos-instituut en ontvangen tijdens de training de Happyles-docentenhandleiding voor de klassikale lessen en e-lessen. Voor deze train-de-trainer werken we samen met een vaste trainer. Tussen Trimbos-instituut en deze trainer vindt veelvuldig afstemming plaats.

Daarnaast kent Happyles de volgende evaluatiemomenten:

- Aan het einde van de klassikale introductie les wordt met de klas geëvalueerd hoe de les ging en wordt feedback van leerlingen gevraagd.
- Daarnaast krijgen leerlingen na de e-lessen de Happytest (nameting), waarin ook tevredenheidsvragen zijn opgenomen.
- De tweede helft van 2020 start het Trimbos-instituut met periodieke bijeenkomsten voor alle Happytest-uitvoerders. Doel is om gezamenlijk Happytest gebruiksvriendelijker te maken en nog beter te laten aansluiten op de doelgroep. Ook vormen de bijeenkomsten een platform om onderling ervaringen en tips uit te wisselen en gezamenlijk de kwaliteit te bewaken.

Tot slot kunnen Happytest-trainers telefonisch of per mail de Trimbos-helppes raadplegen wanneer zij knelpunten ervaren. Bij elke uitvoerende organisatie is een Happytest-coördinator 'aangewezen'. Deze doorgaans ervaren trainer is contactpersoon voor het Trimbos-instituut. De coördinator kan efficiënt feedback van Happytest-collega's verzamelen en onderhoudt goed contact met de Trimbos-medewerkers.

Op deze manier versoepelen we het verloop van de interventie en worden problemen snel verholpen.

Randvoorwaarden

Training van uitvoerende partijen

- Eendaagse train-de-trainer Happytest. De training vindt plaats op het Trimbos-instituut en wordt gegeven door een vaste, ervaren trainer. Tijdens de trainingen wordt de achtergrond van Happytest besproken, worden alle lessen doorlopen en wordt uitgebreid ingegaan op het voeren van het adviesgesprek en de mogelijkheden voor vervolgaanbod. Ook komen een aantal aandachtspunten voor het lesgeven aan bod en wordt ingegaan op de kwaliteitseisen voor een effectieve Happytest.

Goede samenwerking tussen de onderwijsinstelling en uitvoerende partij

- Volledige commitment van de onderwijsinstelling
- Heldere communicatie samenwerkingspartners (bijv. ondersteuningsteam, mentoren) en een duidelijke planning
- Faciliteiten op orde (computerlokalen)
- Uitvoering Happytest door getrainde professionals i.p.v. leerkrachten
- Adviesgesprek voor alle leerlingen na de e-lessen en Happytest
- Belang van snelle beschikbaarheid van hulp bij doorverwijzing van leerlingen die hulp nodig hebben zoals KOPP/KOV-aanbod
- Overzicht bij de uitvoerende partij van de lokale of regionale hulpmogelijkheden in de jeugdhulpverleningsketen

Eisen voor e-lessen

- Stabiele internetverbinding
- Recente versies Internet Explorer, Firefox of Google Chrome als browser
- Aanwezigheid van (ICT) systeembeheerder in de eerste 15 minuten van de eerste e-les voor mogelijk technische problemen met firewalls en dergelijke software
- Oordopjes voor de begeleider en iedere leerling bij de computers, voor de les start

Implementatie

Zowel onderwijsinstellingen als preventieafdelingen jeugd van GGZ, GGD of JGZ kunnen zich aanmelden voor Happytest bij het Trimbos-instituut of via de website

www.happyles.nl. Voor de implementatie van Happyles wordt aanbevolen dat de onderwijsinstelling(en) nauw samenwerken met de uitvoerende organisaties. Het Trimbos-instituut kan daarbij ondersteunen.

Het Trimbos-instituut kan advies op maat geven voor implementatie van Happyles op basis van voorgaand onderzoek en opgedane ervaringen. Uitvoerende organisaties (GGZ/GGD/JGZ) doen vervolgens een aanvraag bij de gemeente voor financiering. De ervaring leert dat na het eerste jaar, Happyles structureel gefinancierd wordt (al moet daarvoor jaarlijks een aanvraag gedaan worden). Het Trimbos-instituut kan ondersteunen bij de contacten met gemeenten.

De komende periode zal het Trimbos-instituut actiever inzetten op de werving van scholen en nieuwe uitvoerders.

Happyles is als 'goed onderbouwde interventie' opgenomen bij de *Gezonde School*. De komende jaren zal via de beschikbare mediakanalen van het Trimbos-instituut veel aandacht besteed worden aan:

- het vergroten van de bekendheid van Happyles
- het werven van nieuwe scholen en uitvoerende organisaties.
- de communicatie met gemeenten i.v.m. de financiering van Happyles

Dit alles ook in het kader van het Happyles effectonderzoek (RCT) dat in 2021 gaat starten op 16 scholen en waarvoor de voorbereidingen nu lopen.

Kosten

Prijsindicatie Happyles

In 2020 zijn de kosten ongeveer 16 euro per leerling. Voor toekomstige uitrol geldt: hoe meer regio's participeren, hoe lager de prijs per leerling. Deze kosten zijn inclusief toegang tot het Happyles-systeem (e-lessen), een afgesloten backoffice-omgeving, docentenhandleiding, wervingsmateriaal, tussentijds evaluatiegesprek en toegang tot de Happyles-helppes (Trimbos-instituut). Het Trimbos kan desgewenst monitorgegevens leveren. De inkomsten worden naast het uitvoeren van het primaire proces, ook aangewend voor technische en inhoudelijke updates.

De kosten zijn exclusief eenmalige trainingskosten van €1800,- per groep (maximaal tien deelnemers) en uitvoeringsuren van de onderwijsinstelling en de trainers. Voor de uitvoeringsuren voor de trainers moet rekening worden gehouden met de volgende tijdsbesteding:

Uitvoeringsuren Happyles

Per klas ca. zes uur: face-to-face introductieles van 45 minuten, twee e-lessen van 45 minuten, een laatste les waarin de Happylestest als nameting wordt afgenomen (15 minuten). Daarbovenop komt drie tot vier uur voorbereidingstijd.

Uitvoeringsuren adviesgesprek

Adviesgesprekken duren gemiddeld 10 minuten per leerling. Voor een klas van 25 leerlingen komt dit neer op ongeveer 8 uur.

Gratis voor scholen

In de meeste uitvoerende regio's wordt Happyles gefinancierd door de gemeente en betalen scholen zelf niets. Uiteraard moeten zij wel de lessen ter beschikking stellen en is er voorbereidingstijd nodig voor de mentor.

3. Onderbouwing

Probleem

Vooraf

Recente Nederlandse publicaties m.b.t. stemmingsproblemen bij jongeren en in het bijzonder voor vmbo- en mbo-leerlingen zijn schaars. Veel recente publicaties en beleidsdocumenten rond prevalentie en preventie van depressie bij jongeren zijn gebaseerd op oudere informatie. Daarom is hier vooral gebruik gemaakt van het meest recente grootschalige HBSC onderzoek uit 2017. Dit onderzoek besteed aandacht aan welbevinden en psychische problemen jongeren (Stevens 2018).

Jaarlijks maken in Nederland ruim 800.000 mensen een depressie door. Daarmee is depressie een belangrijk probleem voor de volksgezondheid. Depressie is één van de zes speerpunten van het huidige preventiebeleid. In het Meerjarenprogramma Depressie preventie zijn jongeren meegenomen als één van de zes hoog risicogroepen (Ministerie VWS 2017).

Depressie is een veelvoorkomende psychische aandoening onder jongeren. In 2017 had 18,7 procent van de Nederlandse jongeren in het VO emotionele problemen (internaliserende stoornissen), zoals stemmings- en angststoornissen (Stevens 2018). Dit zijn forse cijfers: in een klas van 25 leerlingen zijn er gemiddeld 5 leerlingen met psychische problemen en 1 met een depressie (www.trimbos.nl). Depressie is bij jongeren vaak lastig te herkennen: puberaal gedrag of is er meer aan de hand?

VO-leerlingen geven hun leven gemiddeld een 7,6. Dit rapportcijfer voor welbevinden neemt af met de leeftijd 12 -16 jaar van 8,1 naar 7,3. Jongeren met een niet-westerse achtergrond scoren minder gunstig dan jongeren zonder migratie achtergrond. Het percentage vo-leerlingen dat emotionele problemen rapporteert, is respectievelijk 19,5% en 18,2%. Voor schoolniveau (vmbo, havo en vwo) zijn geen verschillen gevonden. Voor vo-leerlingen geldt doorgaans dat hoe hoger de welvaart van het gezin, des te hoger het welbevinden en des te minder psychische problemen. Het cijfer van welbevinden varieert van 7,2 (laag), 7,5 (midden) en 7,8 (hoog). Bij het percentage vo-leerlingen dat emotionele problemen rapporteert, is de variatie respectievelijk 26,0%, 20,2% en 15,9%.(Stevens, 2018).

Mentaal fitte jongeren ervaren meer geluk. Geluk gaat samen met betere schoolprestaties, een betere sociale inbedding en het hebben van meer energie. Gelukkige mensen hebben meer vrienden, een betere zelfbeheersing, zijn creatiever, weten beter om te gaan met problemen en hebben meer zelfvertrouwen (Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

Lager opgeleide jongeren lijken minder dan hoger opgeleide jongeren, op zoek te gaan naar hulp via internet. Als ze zich al aanmelden, blijken zij moeite te hebben met de cursusstof van GOJD (Gerrits et al., 2007; Van der Zanden et al., 2010). Dit was de aanleiding om voor lager opgeleide jongeren een GOJD-variant voor op school te ontwikkelen: Happyles.

Oorzaken

Er bestaat niet één oorzaak voor depressie. Aangenomen wordt dat het om een complex samenspel van genetische, biologische, psychologische en sociale factoren gaat (Akwa,

2018). Het risico op het krijgen van problemen wordt groter als verschillende factoren na elkaar van invloed zijn of zich opstapelen: hoe meer factoren er aanwezig zijn, hoe ongunstiger de uitkomst (Smit et al, 2003).

Sekse

Meisjes lopen een groter risico een depressie te ontwikkelen. Wat op valt is dat met name in de adolescentie (tussen 12-14 jaar) meisjes meer last krijgen van depressie dan jongens, wat dit een belangrijke periode maakt (Wicks-Nelson et al, 2009).

Lage sociaal-economische status en afkomst

Daarnaast ontwikkelen jongeren met een lage sociaal-economische status vaker een (subklinische) depressie dan andere jongeren (Ter Bogt et al., 2003; Van Dorsselaer et al., 2010). Deze doelgroep wordt in interventies ook minder goed bereikt (Gerrits et al., 2007). Ten slotte zijn in Nederland volwassenen en jongeren met een migratieachtergrond vaker depressief dan personen met een Nederlandse achtergrond, waarbij Turken oververtegenwoordigd zijn (Ter Bogt et al., 2003; Van der Wurff et al., 2004; Spijker et al., 2004).

Adolescentie

Naast deze risicofactoren, blijken jongeren vanaf 13 tot 14 jaar in het algemeen meer kans te hebben op het ontwikkelen van een depressie. Hoek en collega's (2009) vonden dat angst en depressie het meest in de adolescentie voorkomen. Een eerste depressie ontstaat ook vaak in de adolescentie (Smit, 2007; Weisz et al. 2006).

Perfectionisme

Verscheidene wetenschappelijke onderzoeken duiden op een positief en voorspellend verband tussen perfectionisme en depressieve symptomen (Flett, 2011; Hewitt, 2002; Kiani, 2014; O'Connor, 2010).

Aan depressie gerelateerde klachten:

Bij sommige factoren is er geen sprake van een oorzakelijk verband, maar bij deze factoren is wel duidelijk dat ze (significant) samenhangen met depressie (Smit et al, 2011).

Het gaat om de volgende 'klachten':

- zich zorgen maken, piekeren
- besluiteloosheid, moeilijk beslissingen kunnen nemen (gebrekig probleemoplossend vermogen)
- lage zelfwaardering, zich inferieur voelen, gevoelens van minderwaardigheid (weinig zelfvertrouwen)
- zelfverwijt of schuldgevoel (negatief denken)
- pessimisme, de toekomst somber inzien (negatief denken)
- gevoelens van hopeloosheid (negatief denken)

Aan te pakken factoren

Subdoel 1: Happyles grijpt vooral in bij de eerder genoemde 'depressie gerelateerde klachten', bijvoorbeeld:

- Piekeren: Er is aandacht voor de gevolgen van piekeren en er zijn anti-piekertips opgenomen. Ook 'denkfouten' worden besproken.
- Gebrekig vermogen om problemen op te lossen: Happyles besteedt nadrukkelijk aandacht aan de copingvaardigheden van jongeren waaronder omgaan met problemen, het aangaan van positieve relaties, praten over problemen en het

leren handig zeggen van wat je denkt en voelt. Ze krijgen inzicht in gebeurtenissen waar ze wél en waar ze geen invloed op uit kunnen oefenen.

- Negatief denken: Bij Happyles leren jongeren de relatie te leggen tussen denken, doen en voelen. Leerlingen gaan aan de slag met activiteiten die een positief gevoel geven en met toekomstdromen. Ook krijgen ze inzicht in niet reële (niet helpende) gedachten en reële (helpende) gedachten.

Subdoel 2 & 3: Happyles heeft een signalerende functie: Jongeren die uit zichzelf geen hulp vragen of hun eigen problemen niet (h)erkennen, scoren mogelijk minder op de Happylestest.

De test maakt jongeren enerzijds bewust maken van hun eigen stemming ('geluksscore') en screent anderzijds jongeren op o.a. (sub)klinische depressieklachten (CES-D).

Subdoel 4: Trainer bespreekt dit alles tijdens het adviesgesprek en kan eventueel doorverwijzen in jeugdhulpverleningsketen.

Verantwoording

Subdoel 1. Het verbreden van copingvaardigheden om mentaal fitter te worden

Subdoel 2. (subdoelgroep) Jongeren (h)erkennen somberheids- en eventuele depressieklachten bij zichzelf.

Subdoel 3. (subdoelgroep) Jongeren durven hulp te vragen.

Subdoel 4. (intermediaire doelgroep) Het signaleren van somberheids- en depressieve klachten door de trainer Happyles.

Subdoel 5 (intermediaire doelgroep) Mentaal fitte leerlingen op school en beter inzicht in de psychische gezondheid van de leerlingen.

Subdoel 1

Het eerste doel heeft vooral samenhang met 'de aan depressie gerelateerde klachten' en de risicofactor perfectionisme.

Cognitieve gedragstherapie (CTG) is een aanbevolen interventie bij de behandeling van depressie bij jongeren (Meeuwissen, 2017). Bij CGT gaat het om het veranderen van gedragspatronen die psychische en emotionele problemen in stand houden en ligt de nadruk op het veranderen van je manier van denken en interpreteren. In Happyles zitten veel elementen uit deze behandelvorm. Happyles grijpt hier onder andere op in door inzicht te geven in en/of vaardigheden aan te leren rond:

- wat maakt je gelukkig of ongelukkig
- de relatie tussen denken, voelen en doen,
- helpende gedachten en niet helpende gedachten,
- de manieren waarop problemen opgelost kunnen worden,
- leren handig te zeggen wat je denkt en voelt,
- de invloed van relaties met anderen
- nadenken over je toekomst: stappenplan maken voor hier en nu, om een toekomstig doel te bereiken

Oefeningen in omgaan met problemen en problemen oplossen verhogen welbevinden en geluksgevoel en verminderen depressieklachten (Seligman, 2006; Lyubomirsky, 2005). Oefeningen in de e-lessen omvatten oefeningen in vriendelijk zijn voor een ander, iets doen voor een ander en leren om handig te zeggen aan een ander wat je voelt en denkt. Deze vergroten het welbevinden en geluksgevoel en verminderen depressieklachten (Seligman, 2006; Lyubomirsky, 2005).

Subdoel 2

Het gaat er bij dit doel om dat jongeren leren om hun eigen problemen te (h)erkennen.

Dit wordt gedaan door meer kennis te geven over psychologische problemen en het bespreekbaar maken van het onderwerp 'geluk' en 'je gelukkig voelen'.

Subdoel 3

Het gaat bij dit doel tevens over hulpzoekgedrag bij leerlingen met psychische klachten bevorderen door destigmatiseren van psychische problemen.

- Destigmatisering wordt gerealiseerd door klassikaal te praten over gelukkig en ongelukkig zijn. Het taboe op 'je niet gelukkig voelen' en 'in een dip zitten' wordt hierdoor doorbroken. Het werkt normaliserend en drempelverlagend door Happyles en het adviesgesprek in een schoolsetting aan te bieden. Lageropgeleide jongeren zoeken minder snel hulp voor depressieklachten (Vanheusden et al., 2008). Een aanbod in een sociale setting als school destigmatiseert doordat alle jongeren het programma krijgen aangeboden en het verhoogt het bereik van groepen die anders niet bereikt zouden worden (Crutzen, 2009).
- Destigmatisering wordt ook gerealiseerd door de positief psychologische basis van de Happyles. Positieve psychologie richt zich op de krachten en sterke kanten van een mens die hem/haar in staat stellen te groeien en zich te ontwikkelen en om om te gaan met tegenslagen (Seligman et al., 2005). Er wordt in de lessen niet gesproken over voorkomen van depressie, maar over werken aan de mentale fitheid. Dit zet jongeren meer aan om problemen actief te lijf te gaan en hulp te zoeken indien nodig (Rothman et al., 1997; Lankester et al., 2008).
- Tot slot wordt hulpzoekgedrag bevorderd doordat de e-lessen via internet worden aangeboden. Jongeren blijken op internet hun gevoelens en ervaringen makkelijker te delen dan face-to-face (Valkenburg et al., 2006). Internetprogramma's zijn laagdrempelig en bereiken doelgroepen die eerder niet werden bereikt (Riper et al., 2007; 2012), zoals mensen met depressieklachten, die vanwege angst voor stigma geen professionele hulp zoeken (Bijl et al., 2000). Anonimiteit van internetprogramma's, zoals de e-lessen die zelfstandig doorlopen kunnen worden maakt dergelijk aanbod aantrekkelijk (Valkenburg et al., 2006).

Subdoel 4

Subklinische depressie (of 'minor depression'; Smit et al., 2013) waarbij enkele depressiesymptomen aanwezig zijn, zonder dat van een klinische depressie volgens DSM-V criteria sprake is, komt ook veel voor onder jeugdigen. Deze groep jongeren ervaart vaak ook belemmeringen in hun academische, sociale en cognitieve functioneren (Wicks-Nelson et al., 2009). Signalering en vroegtijdig ingrijpen bij subklinische depressie is vanuit preventief oogpunt relevant, aangezien deze een belangrijke voorspeller is van een depressie in de nabije toekomst (Georgiades et al., 2006; Cuijpers et al. 2008). Dat risico is ruim zes keer hoger bij mensen met dan zonder een subklinische depressie (Cuijpers et al. 2008).

Vroegtijdig ingrijpen is dus van belang. Echter, jongeren zijn niet geneigd professionele hulp te zoeken voor hun depressieklachten. Zij ontkennen of onderschatten hun problemen, twijfelen aan het nut van hulpverlening en zijn bang voor stigmatisering (Vanheusden et al., 2008). Gebrek aan kennis over depressie en de gevolgen ervan en gebrek aan kennis over hulpmogelijkheden spelen hierin mogelijk een rol (Vanheusden et al., 2008).

Dankzij de Happylestest en het daaropvolgende adviesgesprek met de trainer kunnen jongeren met somberheids- of depressieklachten vroegtijdig opgespoord worden. In

overleg met de jongere (en diens ouders) kunnen wenselijke vervolgstappen gezet worden.

Subdoel 5 Mentoren (docenten) zijn aanwezig tijdens de Happyles. Zij kunnen na afloop van de lessen blijvend (mede) zorgdragen voor een goede open sfeer in de klas (Hendrickx, 2017). Zij weten wat leeft en kunnen door periodiek terug te komen op de thema's uit de Happyles deze sfeer helpen creëren. Een sfeer waarin leerlingen: zichzelf kunnen zijn en begrip hebben voor elkaar, om hulp durven te vragen en het gewoon mogen zeggen als het niet zo goed gaat.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Pilot 1: Van der Linden, D., & Van der Zanden, R. (2011a). Happyles. *Online stepped care aanbod voor studenten in het middelbaar beroepsonderwijs*. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 50, 126-130)

Proces- en effectevaluatie op vier mbo-scholen (leeftijd 16-25 jaar, N=186), d.m.v. lesobservaties in alle klassen door Trimbos-medewerkers, evaluatievragenlijsten bij docenten en studenten, en een voor- en nametingsvragenlijst bij studenten over depressiesymptomen (CES-D) en welbevinden (MHC-SF, van Westerhof et al., 2010).

Uitkomst: Happyles werd gegeven door leerkrachten die waren getraind door het Trimbos-instituut. De studenten en leerkrachten beoordeelden de e-lessen als 'goed'. Studenten gaven verbeterpunten voor technische aspecten, hoeveelheid tekst en opdrachten en voor de filmpjes (lengte en script). Het aantal e-lessen is teruggebracht van vijf naar twee plus een f-t-f-introductieles en hoeveelheid tekst en oefeningen zijn verminderd. Interventie is aangevuld met filmpjes met waargebeurde en herkenbare situaties i.p.v. verzonden scripts. Volgens de observaties voerden getrainde leerkrachten de interventie met wisselende kwaliteit uit.

Pilot 2: Van der Linden, D., Van Oorspronk, S., Romijn, G., Van der Zanden, R. (2011b) Evaluatieonderzoek Happyles 13-17. *Online stepped care aanbod ter bevordering van geluk en ter preventie van depressie voor jongeren in het voortgezet onderwijs*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Proces- en effectevaluatie op vier mbo-vwo scholen (leeftijd 13-17 jaar, N=279), d.m.v. lesobservaties in alle klassen door Trimbos-medewerkers, evaluatievragenlijsten bij docenten en studenten, en een voor- en nametingsvragenlijst voor de leerlingen over depressiesymptomen (CES-D) en welbevinden (WEMWBS).

Uitkomst: vmbo'ers gaven hoogste tevredenheidsscores. Leerkrachten, getraind door Trimbos-instituut, voerden interventie volgens de klasobservaties met wisselende kwaliteit uit. Om o.a. het doel en de onderdelen van Happyles beter naar te kunnen zetten voor leerlingen is in pilot 3 een f-t-f- introductieles toegevoegd. Toen is ook overgestapt op uitvoering van Happyles door getrainde GGZ-preventiewerkers i.p.v. leerkrachten.

Pilot 3: Van der Zanden, R., & Van der Linden, D. (2013). *Evaluatieonderzoek Happyles Den Haag. Implementatie van Happyles in het VMBO en de jeugdzorgketen ter bevordering van de mentale veerkracht van jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Proces- en effectevaluatie van Happyles op drie vmbo-scholen in een Haagse krachtwijk (leeftijd 13-17 jaar, N=373), d.m.v. evaluatievragenlijsten bij school, ketenpartners en leerlingen, een voor- en nametingsvragenlijst over depressiesymptomen (CES-D), welbevinden (WEMWBS), middelengebruik, schoolverzuim, thuissituatie bij leerlingen. Alle vmbo-niveaus waren vertegenwoordigd in deze pilot, inclusief lwoo. Happyles is uitgevoerd door getrainde GGZ-preventiewerkers. Het adviesgesprek is toegevoegd voor alle leerlingen (t.v.v. stigmatisering), input is de Happylestest.

Uitkomst: Betrokken docenten en zorgcoördinatoren, preventiemedewerkers en leerlingen oordeelden positief over het totale Happylesaanbod. Ca. driekwart van de leerlingen beoordeelden de Happyles als (erg) positief en 90% beoordeelde het adviesgesprek als (heel) positief. De betrokken partijen waren het erover eens dat Happyles een toegevoegde waarde biedt en breed kan worden geïmplementeerd in Haagse (v)mbo's. Vereenvoudiging in taalgebruik en toevoeging van een introductiefilmpje voor de f-t-f-introductieles werden aanbevolen (en zijn inmiddels gerealiseerd).

Monitoringsonderzoek: Lokman, S., Bisessar M., Van der Zanden R., Van der Poel A. (2018) *Schoolprogramma Happyles: bereik en tevredenheid*. Utrecht Trimbos-instituut.

Beperkt monitoringsonderzoek in één gemeente i.h.k.v. de werkgroep SEGV van de LOT-partners. April 2018 afname telefonische interviews bij twee GGZ-preventiewerkers (trainers) en bij één mentor (observator) van een praktijkklas. De interviews vonden plaats m.b.v. een semi-gestructureerde vragenlijst. Opmerkingen uit de evaluatie van de leerlingen zijn meegenomen. Dit leidde tot een aantal aanpassingen in 2018. Op basis van eerdere ervaringen én de invoering van de AVG is Happyles zowel technisch als inhoudelijk doorontwikkeld.

Conclusies in het kort: Ook in 2017-2018 is er animo voor Happyles. Happyles is en/of wordt uitgevoerd in Den Haag, Leiden, Delft, Zuid Limburg en Amsterdam, maar ook in Brussel. In deze gemeenten zijn bij elkaar vele honderden leerlingen bereikt met Happyles. Leerlingen, trainers en docenten/mentoren zijn over het algemeen zeer tevreden over Happyles.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

1e pilot: Van der Linden, D., & Van der Zanden, R. (2011a). Happyles. *Online stepped care aanbod voor studenten in het middelbaar beroepsonderwijs*. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 50, 126-130)

- N=186, 25% migrantenachtergrond
- Significante toename van welbevinden op groepsniveau
- Geen verschil tevredenheid en effect tussen autochtone en leerlingen met migrantenachtergrond
- Leerlingen met migrantenachtergrond lager welbevinden op voormeting dan autochtone leerlingen

2e pilot: Van der Linden, D., Van Oorspronk, S., Romijn, G., Van der Zanden, R. (2011b) Evaluatieonderzoek Happyles 13-17. *Online stepped care aanbod ter bevordering van geluk en ter preventie van depressie voor jongeren in het voortgezet onderwijs*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- N=279, 38% migrantenachtergrond
- Significante toename welbevinden en afname depressieklachten bij subklinische groep
- Vmbo'ers hoogste depressiescores op voormeting
- Vmbo'ers hoogste tevredenheidsscores

- Geen verschil in tevredenheid en effect tussen autochtone en leerlingen met migrantenachtergrond
- Leerlingen met migrantenachtergrond hoger depressieniveau op voormeting dan autochtone leerlingen

3e pilot: Van der Zanden, R., & Van der Linden, D. (2013). *Evaluatieonderzoek Happyles Den Haag. Implementatie van Happyles in het VMBO en de jeugdzorgketen ter bevordering van de mentale veerkracht van jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- N=373, 90% migrantenachtergrond
- Significante afname van depressieklachten bij subklinische en klinische groep (met jongens en meisjes)
- Op groepsniveau: Meisjes significante afname van depressieklachten en toename welbevinden.
- Leerlingen zonder depressieklachten op de voormeting gaven gemiddeld significant meer klachten op de nameting. Echter deze klachten lagen nog steeds onder subklinisch niveau. Mogelijk dat een beter ontwikkeld bewustzijn van de eigen psychische staat door de Happyles hierin een rol speelt.
- Meisjes hogere tevredenheidsscores (7.7.) dan jongens (7.0)

Effectonderzoek (RCT) in voorbereiding

Als vervolgstap op de voorgenoemde studies met veelbelovende resultaten, gaat in 2021 het effectonderzoek (RCT) naar Happyles in het vmbo van start. Het onderzoek wordt gedaan bij vmbo-leerlingen in het eerste en tweede leerjaar. In het schooljaar 2021-2022 vindt het onderzoek plaats in twee of meerdere klassen (per school) op 16 vmbo-scholen. De helft van de klassen ontvangen Happyles en de andere helft van de klassen (controlegroep) krijgt de Happyles na afronding van het onderzoek.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Happyles (is):

- geschikt voor lageropgeleide jongeren: eenvoudig taalgebruik, veel beeldmateriaal en weinig tekst.
- in samenwerking met de doelgroep ontwikkeld en aangescherpt.
- gebaseerd op de positieve psychologie en op cognitieve gedragstherapie (effectief voor aanpak (subklinische) depressie).
- werkt aan destigmatisering van psychische problemen, dit bevordert het hulpzoekgedrag van jongeren.
- wordt aangeboden in een sociale setting (school) daardoor worden jongeren bereikt die zelf geen hulp zoeken.
- wordt door getrainde professionals werkzaam bij GGZ, GGD of JGZ gegeven.
- een compact programma dat goed past in het schoolcurriculum en in de zorgstructuur binnen het onderwijs: dit bevordert soepele implementatie en de effectiviteit.
- door de compactheid goed te koppelen aan of in te bedden in een breder leefstijlprogramma.

E-lessen (e-learning) bevorderen het leerproces en passen bij de digitale leefwereld van jongeren.

Leerlingen waarderen het adviesgesprek, ze ervaren het als laagdrempelig en niet stigmatiserend:

- ze kennen de professional al uit de Happyles,
- het gesprek vindt op school plaats
- iedereen krijgt het: dit bevordert de openheid over hun eventuele problemen. Hierdoor kan soepele, gerichte doorverwijzing plaatsvinden.
- ook jongeren die de Happylestest niet conform de werkelijkheid hebben ingevuld, hebben de kans openheid van zaken te geven over eventuele problemen in het adviesgesprek.
- door bewustwording van hun eigen stemming en eventuele problemen, kan het adviesgesprek effectief verlopen: leerlingen gaan gerichter en opener het adviesgesprek in en staan meer open voor eventuele doorverwijzing.

De Happyles-helpdesk ondersteunt een goede implementatie: dit bevordert de effectiviteit van Happyles.

6. Aangehaalde literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Akwa GGZ (2018) Zorgstandaard Stemmingsstoornissen. ggzstandaarden.nl.
- Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 30, 657-668.
- Bouma, J., Ranchor, A. V., Sanderman, R., & Van Sonderen, E. (1995). *Het meten van symptomen van depressie met de CES-D. Een Handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.
- Buitelaar J., van Keulen M., Nauta M., Stikkelbroek Y., Ruiters M., van Duin D. (2009) *Addendum Jeugd bij de MDR depressie. Versie 1.0*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Cicchetti D, Toth SL. (1998). The development of depression in children and adolescents. *Am Psychol*, 53(2):221-241.
- Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., Ko, H., Riedel-Heider, S.G. (2013). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review *Health Promotion International Advance Access*, 1-15.
- Costello J.E., Erkanli A., Angold A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J. Child Psychol. Psychiatry*, 47:1263-1271.
- Costello, D.M., Swendsen, J., Rose, J.S., Dierker, L.S. (2008). Risk and Protective Factors Associated with Trajectories of Depressed Mood from Adolescence to Early Adulthood. *J Consult Clin Psychol*. 2008 April, 76(2): 173-183.
- Crutzen, R. (2009). *Hard to get, hard to keep. Dissemination of and exposure to internet-delivered health behavior change interventions aimed at adolescents*. Maastricht: Datawyse.
- Cuijpers, P. (1998). Korte bijdrage. Het belang van subklinische depressies. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40, 10, 635-640.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F. (2007). Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatr Scand*, 115: 434-441.
- Cuijpers, P., & Smit, F. (2008). Subklinische depressie: Een klinisch relevante conditie? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 50, 8, 519-528.
- Cuijpers P., van Straten A., Smit F., Mihalopoulos C., Beekman A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1272-1280.
- Cuijpers, P., Boluijt, P., van Straten, A. (2008). Screening of depression in adolescents through the Internet : sensitivity and specificity of two screening questionnaires. *Eur Child Adolescent Psychiatry*, 17(1): 32-8.

Cuijpers P, van Straten A, Donker T, Andersson G (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 354-364.

Dopheide JA. (2006). Recognizing and treating depression in children and adolescents. *Am J Health Syst Pharm*, 1;63(3):233-243.

De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

De Hollander, A. E. M., Hoeymans, N., Melse, J. M., Van Oers, J. A. M., & Polder, J. J. (2006). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM-rapport*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Dekker, W., Hoogervorst, D., & Witteman, R. (2006). *Young 2006*. Hoofddorp: Sanoma Uitgevers.

Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychol Med*, 30(1):23-39.

Flett, G. L., Coulter, L., Hewitt, P. L., Nepon, T. (2011). *Perfectionism, rumination, worry, and depressive symptoms in early adolescents*. *Canadian Journal of School Psychology*, 26, 159-176. doi:10.1177/0829573511422039

Garber, J. (2006). Prevention of depression in children and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 104-124.

Georgiades K, Lewinsohn PM, Monroe SM, Seeley JR. (2006). Major depressive disorder in adolescence: the role of subthreshold symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(8):936-944.

Gerrits, R. S., Van der Zanden, A. P., Visscher, R. F. M., & Conijn, B. P. (2007). Master your mood online (Grip op je Dip online): A preventive chat group intervention for adolescents. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health*, 6, 151-162.

Glied S, Pine DS.(2002). Consequences and correlates of adolescent depression. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156(10):1009-1014.

Gravesteyn, C., Diekstra, R.F.W, Wilde, E.J. de, & Koren, E. (2004a). Effecten van 'Levensvaardigheden'. Een vaardigheidsprogramma voor adolescenten. In: *Kind en adolescent*, 25, 227-290.

Gray, P. (2007). *Psychology (5th ed.)*. United States, NY: Worth Publishers.

Griffin, K., Scheier, W., Lawrence M., Botvin, G.J., Diaz, T. (2001). Protective role of personal competence skills in adolescent substance use: Psychological well-being as a mediating factor. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3):194-203.

Hendrickx, M., *The Role of the Teacher in Classroom Peer Relations*. Proefschrift Universiteit Utrecht/NRO, 2017.

- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Flett, G. L., Sherry, S. B., Collins, L., & Flynn, C. A. (2002). *Perfectionism in children: Associations with depression, anxiety and anger*. *Personality and Individual Differences*, 32, 1049-1061. doi:10.1016/S01918869 (01)00109-X
- Hoek, W., Schuurmans, J., Koot, H. M., & Cuijpers, P. (2009). Prevention of depression and anxiety in adolescents: a randomized controlled trial testing the efficacy and mechanisms of Internet-based self-help problem-solving therapy. *Trials*, 10.
- Horowitz, J.L., Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (3), 401-415.
- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *The American Psychologist*, 62, 95-108.
- Kiani, F., Khodabakhsh, M. R. (2014). *Perfectionism and stressful life events as vulnerabilities to depression symptoms in students*. *International Journal of Pediatrics*, 2, 277-285. doi:10.22038/IJP.2014.3244.
- Klein, J.B., Jacobs, R.H., Reinecke, M.A. (2007). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: a meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. *J.Am.Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46 (11), 1403-1413.
- Lankester, A. (2009). *Het effect van positive framing op het bereik van Grip op je Dip. Master thesis. [The effect of positive framing on reaching the targetgroup of Master Your Mood]*. Nijmegen: Universiteit van Nijmegen.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N, Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385-401.
- Lokman, S., Bisessar M., Van der Zanden R., Van der Poel A. (2018) *Schoolprogramma Happyles: bereik en tevredenheid*. Utrecht Trimbos-instituut.
- Lyubomirsky, S. (2007). *De maakbaarheid van het geluk*. Amsterdam: Uitgeverij Archipel.
- Mathers CD, Loncar D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3(11): e442.
- Means, B., Toyama Y., Murphy R., Bakia M., Jones, K., (2010). *Evaluation of Evidence-Based Practices in Online Learning: A Meta-Analysis and Review of Online Learning Studies*. Washington D.C.: U.S. Center for Technology in Learning.
- Meeuwissen, J., Speetjens, P., Meije, D., Oud, M., Konijn, C., Besselse, M., Heemskerk, E., de Marez Oyens, I., Rozema, E., Selle, J., Stikkelbroek, Y. (2017) *Richtlijn Stemningsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht, Trimbos-instituut.
- Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P. (2006). *Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven, Netherlands: RIVM.

- Merry S.N., Hetrick S.E., Cox G.R., Brudevold-Iversen T., Bir J.J., McDowell H. (2011). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane. Database. Syst. Rev.* 7;(12).
- Ministerie VWS (2017). Kamerbrief Meerjarenprogramma Depressiepreventie (kenmerk: 1092247-161058-PG). Den Haag, 15 februari 2017.
- Moussavi S., Chatterji S., Verdes E., Tandon A., Patel V., Ustun B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet.* 8;370(9590):851-8.
- Notenboom, M., Male L. (2008). *Mental health portal – resultaten naar aanleiding van een verkennend onderzoek*. Amsterdam: Bureau Ferro (intern rapport).
- O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2010). *Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: The role of perfectionism and acute life stress*. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 52-59. doi:10.1016/j.brat.2009.09.008.
- Ogles, B.M., France, C.R., Lunnen, K.M., Bell. M.T., Goldfarb, M. (1998). Computerized depression screening and awareness. *Community Ment Health J*, 34(1): 27-38.
- Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, A. P., Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). *E-Mental Health. High Tech, High Touch, High Trust*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Riper, H., van Ballegooijen, W. Kooistra, L., de Wit J., Donker T (2013). *Preventie & eMental-health Onderzoek dat leidt, technologie die verleidt, preventie die bereikt en beklijft. Kennissynthese 2013*. In opdracht van ZonMw. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- RIVM (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM (2013). www.nationaalkompas.nl, versie 4.13, 26 september 2013.
- Roberts, R.E., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R. (1991). Screening for adolescent depression: a comparison of depression scales. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30(1): 58-66.
- Romijn, G.A., Zanden A.P. van der, Riper, H. (2009). *Ontwikkeling online depressiepreventie voor doelgroepen met een lage sociaal economische status*. Literatuursearch. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Rothman, A.J. & Salovey, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behaviour: the role of message framing. *Psychological Bulletin*, 121 (1), 3-19.
- Saxena S, Jané-Llopis E, Hosman C. (2006). Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry*, 5(1):5-14.
- Seligman, M., Steen, T.A., Park, N. & Petersen, C. (2005). *Positive Psychology Progress*. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *The American Psychologist*, 61, 774-88.

Smit, F., Bohlmeijer, E., & Cuijpers, P. (2003). *Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie. Epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk en nieuwe richtingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Smit F., Beekman A., Cuijpers P., Graaf R. de, Vollebergh W. (2004). Selecting key-variables for depression prevention: Results from a population-based prospective epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*, 81: 241-249.

Smit, F. (2007). *Factsheet preventie van depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Smit F., Beekman, A., Cuijpers, P., Vlasveld, M., Boon, B. (2013). *Depressiepreventie: stand van zaken, nieuwe richtingen. To connect, learn and share*. In opdracht van ZonMw. Utrecht: Trimbos-instituut.

Spijker, J., Van der Wurff, F. B., Poort, E. C., Smits, C. H., Verhoeff, A. P., & Beekman, A. T. (2004). Depression in first generation labour migrants in Western Europe: The utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 538-44.

Stevens, G., van Dorsselaer S., Boer, M., de Roos, s. et al. (2018). HBSC 2017. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit van Utrecht.

Stice, E., Rhode, P., Seeley, J. R., & Gau, J. M. (2008). Brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents outperforms two alternative interventions: a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 595-606.

Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C.N., Rohde, P., (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *J Consult Clin Psychol.* , 77(3): 486–503.

Tennant, R., Hiller, L. Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S. Weich, S., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 63.

Ter Bogt, T., Dorsselaer, S., & Vollebergh, W. (2003). *Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren. HBSC-Nederland 2002*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Valkenburg, P. M., Peter, J., & Schouten, A. P. (2006). Friend networking sites and their relationship to adolescents' well-being and social self-esteem. *Cyberpsychology and Behavior*, 9, 585-590.

Van Dorsselaer S., De Looze, M., Vermeulen-Smit, E., De Roos, S., Verdurmen, J. (2010). *Gezondheid, welzijn en opvoeding in Nederland. HBSC-studie 2009*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van der Linden, D., & Van der Zanden, R. (2011a). Happyles. Online stepped care aanbod voor studenten in het middelbaar beroepsonderwijs. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 50, 126-130.

Van der Linden, D., Van Oorspronk, S., Romijn, G., Van der Zanden, R. (2011b). Evaluatieonderzoek Happyles 13-17. *Online stepped care aanbod ter bevordering van*

geluk en ter preventie van depressie voor jongeren in het voortgezet onderwijs. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van der Wurff, F. B., Beekman, A. T., Dijkshoorn, H., Spijker, J. A., Smits, C. H., Stek, M. L., & Verhoeff, A. (2004). *Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan Immigrants in the Netherlands*. *Journal of Affective Disorders*, 83, 33-41.

Van der Zanden, R., Kramer, J., Gerrits, R., & Cuijpers, P. (2012). Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: A randomised trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14, e86. doi:10.2196/jmir.2033

Van der Zanden, R., & Van der Linden, D. (2013). *Evaluatieonderzoek Happyles Den Haag. Implementatie van Happyles in het VMBO en de jeugdzorgketen ter bevordering van de mentale veerkracht van jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Vanheusden K, Mulder CL, van der Ende J, van Lenthe FJ, Mackenbach JP, Verhulst FC. (2008). Young adults face major barriersto seeking help from mental health services. *Patient Educ Couns*, 73(1):97-104.

Vries, H. de, Dijkstra, M., Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health education research* 3, nr.3, pp. 273-282.

Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). *Mental Health Continuum-Short Form, for Dutch Adolescents (interne publicatie)*. Enschede: Universiteit Twente.

Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdeli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry*. 2006; 163(6):1001-1008

Weisz, J.R., McCarty, C.A., Valeri, S.M., (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132 (1), 132-149.

Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (2009). *Abnormal Child and Adolescent Psychology*. New Jersey: Pearson.

Wijga, A. H., Scholtens, S., Van Oeffelen, A. A. M., & Beckers, M. (2010). *Klachten en kwalen bij kinderen in Nederland. Omvang en gevolgen geïnventariseerd*. RIVM-rapport.

Young Works. (2005). *Young Works top 40. Plug & play. De belangrijkste hits in jongerencommunicatie*. Amsterdam: Young works.

Zanden, A.P. van der, Goossens, F., & Veen, C. van der (2010). *Happyles: Grip op je Dip voor jongeren met een lage sociaal economische status*. In: Riper, H. Mentaal Vitaal. Innovatieprogramma depressiepreventie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

