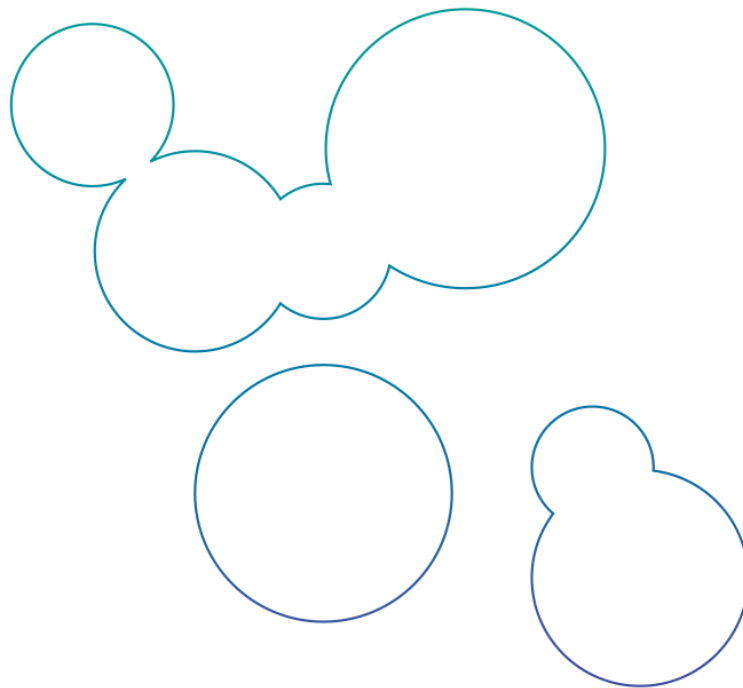


# Handleiding

## bij het format interventiebeschrijving



## Vooraf

### Waarom deze handleiding

Erkende interventies zijn succesvolle aanpakken in de zorg, preventie, sport, welzijn en jeugdhulp. Deze handleiding geeft handvatten voor het maken van een interventiebeschrijving om in te dienen voor erkenning. Ook biedt deze handleiding toelichting bij de erkenningscriteria voor betrokkenen bij het erkenningstraject.

- *Voor interventie eigenaren*  
Het maken van een interventiebeschrijving helpt om je interventie beter te onderbouwen, scherper neer te zetten en overdraagbaar te maken. Deze handleiding bevat toelichting bij de verschillende onderdelen van een interventiebeschrijving.
- *Voor erkenningscommissies en praktijkpanels*  
Onafhankelijke erkenningscommissies en praktijkpanels toetsen interventies op kwaliteit, effectiviteit en uitvoerbaarheid. De criteria voor erkenning vind je in de publicatie '[Kies erkend, krijg erkenning. Criteria 2024 – 2027](#)'. Deze handleiding beschrijft welke informatie de interventiebeschrijving moet bevatten om aan de criteria te voldoen.

Via de openbare databanken zijn meer dan 700 erkende interventies beschikbaar. De volledige interventiebeschrijvingen zijn vanuit de databank te downloaden. Gemeenten en (zorg)organisaties kunnen erkende interventies uit de openbare databanken kiezen en toepassen in hun eigen lokale context.

### Extra hulpmiddelen

Naast deze handleiding zijn er hulpmiddelen beschikbaar voor het maken van een interventiebeschrijving.

- *E-learning interventie beschrijven*  
Deze [online tool](#) is ontwikkeld door RIVM en NJi. De e-learning leidt je stap voor stap door het schrijfproces, met praktische animaties, voorbeelden, opdrachten en tips. Maak in de NSPOH leeromgeving een gratis account aan en kies voor: '**E-learning interventie beschrijven**' om met de e-learning te starten.
- *Video interventie beschrijven*  
Deze [online video](#) met tips van interventie eigenaar Arjen helpt om je interventie beter te beschrijven en onderbouwen. De praktische video geeft in 20 minuten uitleg voor het beschrijven van je interventie.

### Praktische informatie

Lees deze praktische informatie voor het maken of lezen van een interventiebeschrijving.

- *Wat verstaan we onder een interventie?*  
Een interventie die in het erkenningstraject past, is een planmatige en doelgerichte aanpak. Het Nederlands Jeugdinstituut hanteert de volgende definitie: een interventie is een planmatige en doelgerichte aanpak met als doel het bevorderen van de psychische, sociale, cognitieve of lichamelijke ontwikkeling van een jeugdige (-9 maanden tot 24 jaar), waar deze (mogelijk) bedreigd of belemmerd wordt en die gericht is op de jeugdige zelf, zijn/haar opvoeders en/of de opvoedingsomgeving.
- *Gebruik van voorbeelden in deze handleiding*  
In deze handleiding staan diverse voorbeelden van erkende interventies. De volledige beschrijvingen van deze interventies zijn online te vinden in de diverse databanken. Het is niet de bedoeling dat voorbeelden één-op-één worden gekopieerd.
- *Samenhang in de interventie*  
De interventiebeschrijving moet aannemelijk maken dat met de aanpak de beoogde (sub)doelen voor de doelgroep bereikt kunnen worden. Het kan helpen om eerst de samenhang tussen doelen, doelgroep en aanpak binnen jouw interventie helder te hebben, voordat je begint met schrijven.
- *Taalgebruik*  
Formuleer kort en bondig, houd je aan de richtlijn voor het aantal woorden. Wees consequent in je woordkeus. De beschrijving moet leesbaar en begrijpelijk zijn voor potentiële gebruikers van de interventie. Gebruik zoveel mogelijk inclusieve taal (zie tekstkader 'equity' verderop).
- *AVG regelgeving*  
Sinds 2018 is de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG) van toepassing. De interventie eigenaar is zelf verantwoordelijk om zorgvuldig om te gaan met de persoonsgegevens van deelnemers en samenwerkingspartners.

# Inhoud

<b>Samenvatting .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Beschrijving interventie.....</b>	<b>5</b>
1.1 Doelgroep.....	5
1.2 Doel .....	9
1.3 Aanpak .....	11
<b>2. Uitvoering .....</b>	<b>18</b>
<b>3. Onderbouwing .....</b>	<b>26</b>
<b>4. Onderzoek.....</b>	<b>36</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	36
4.2 Onderzoek naar de effectiviteit .....	37
<b>5. Praktijkvoorbeeld.....</b>	<b>45</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur .....</b>	<b>46</b>

## Samenvatting

*(Delen uit) deze samenvatting is/zijn direct zichtbaar op de pagina van jouw interventie in de Databank. Dit is het visitekaartje van je interventie voor gemeenten en (zorg)organisaties. Zorg dat je binnen het aantal woorden blijft.*

*NB De volledige interventiebeschrijving is vanuit de databank te downloaden als pdf.*

Toelichting:

- Een tip is om de samenvatting als laatste te schrijven, nadat je de volledige interventiebeschrijving klaar hebt.

**Doelgroep** – max 50 woorden

**Doel** – max 50 woorden

**Aanpak** – max 100 woorden

**Materialen** – max 50 woorden

**Onderbouwing** – max 100 woorden

**Onderzoek** – max 100 woorden

# 1. Beschrijving interventie

## 1.1 Doelgroep

**Uiteindelijke doelgroep** – max 100 woorden

*Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie? Beschrijf ook eventuele subdoelgroepen.*

Toelichting:

- Het gaat hier om de einddoelgroep voor wie je uiteindelijk een positieve verandering (van gedrag of omstandigheden) wilt bereiken.
- Beschrijf kort en krachtig de kenmerken van de einddoelgroep van de interventie. Denk hierbij aan geslacht, leeftijd, sociaaleconomische positie, motivatie, toegankelijkheid, geografische locatie, woonsituatie, etniciteit, religie of taal.
- Zijn er ook *subdoelgroepen* waarvoor de aanpak is aangepast? Denk hierbij bijvoorbeeld aan laaggeletterden of mensen met een beperking. Geef dit dan aan.
- Het is in elk geval belangrijk dat de doelgroep goed afgebakend is.

### Voorbeeld Alles Kidzzz

De doelgroep bestaat uit kinderen in de bovenbouw van de basisschool (groep 6, 7 en 8), die volgens de leerkracht op school een verhoogde mate van externaliserend probleemgedrag laten zien.

### Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO)

ARopMaat-JoVo is bedoeld voor meisjes en jongens van 16 tot 24 jaar (bij de residentiële versie tot 21 jaar) met ernstige agressieproblematiek met een IQ boven de 70. Er is sprake van een matig of (zeer) hoog recidiverisico op gewelddadig gedrag. Het agressieve gedrag is zichtbaar op minimaal twee levensgebieden (gezin, school, vrije tijd) en kan instrumenteel of emotioneel van aard zijn of een combinatie van beide. Het agressieprobleem is onderdeel van psychosociale en/of psychiatrische problematiek. Zo is er sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis, een oppositioneel opstandige gedragsstoornis, een normoverschrijdend-gedragsstoornis, en bij jongeren boven de 18 eventueel (sterke trekken van) een cluster-B persoonlijkheidsstoornis al dan niet gecombineerd met ADHD en/of problematisch middelengebruik. Er is sprake van (aanhoudende) boosheidsgevoelens, een geringe impulscontrole (executieve functie) en emotieregulatie, beperkte probleemoplossing en disfunctionele cognities die leiden tot agressief gedrag. De jongeren zijn vanwege hun delict- en/of probleemgedrag in aanraking gekomen met politie/justitie, de Raad voor Kinderbescherming en/of Jeugdzorg.

**Intermediaire doelgroep** – max 100 woorden

*Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?*

Toelichting:

- De interventie richt zich niet altijd rechtstreeks op de einddoelgroep. Om de einddoelgroep (beter) te bereiken kan een interventie zich ook richten op één of meer intermediaire doelgroepen ('tussendoelgroepen') die in contact staan met de einddoelgroep. Dit kunnen bijvoorbeeld ouders/verzorgers, docenten, vrijwilligers bij een maatschappelijke organisatie of trainers bij een sportclub zijn. Voor interventies gericht op kinderen 0-12 jaar zijn de ouders/verzorgers meestal een intermediaire doelgroep.
- Is er sprake van een intermediaire doelgroep? Beschrijf hiervan dan de kenmerken die relevant zijn voor de aanpak van de interventie. Denk hierbij aan leeftijd, geslacht, sociaaleconomische positie, motivatie, toegankelijkheid, geografische locatie, woonsituatie, etniciteit, religie of taal.
- Er is sprake van een intermediaire doelgroep als de interventie zich richt op (gedrags-)verandering bij deze doelgroep. Voor de intermediaire doelgroep moeten dan ook specifieke (sub)doelen geformuleerd zijn (Hoofdstuk 1.2). Is dat niet het geval dan gaat het om uitvoerders van de interventie. Bij het onderdeel Uitvoering (Hoofdstuk 2.) kun je beschrijven wie de uitvoerders van de interventie zijn.

### Voorbeeld Aggressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVo)

ARopMaat-JoVo richt zich ook op de opvoeder(s) van de jongere (indien de jongere thuis woont of daar weer gaat wonen). In de residentiële setting wordt altijd de mentor van de jongere betrokken. Verder worden er relevante netwerkleden betrokken voor het bieden van steun aan de opvoeder(s) en/of de jongere. Leerkrachten worden bij de uitvoering van de interventie betrokken als het agressieve gedrag ook op school aan de orde is.

### Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

*Hoe wordt de (intermediaire) doelgroep geselecteerd? Zijn er inclusiecriteria of contra-indicaties? Zo ja, welke?*

Toelichting:

- *Wie* stelt vast of de beoogde deelnemer de vereiste kenmerken heeft voor deelname aan de interventie? En *hoe* gebeurt dat?
  - Hoe verloopt het selectieproces?
  - Wat zijn de inclusiecriteria?
  - Indien van toepassing: welke instrumenten worden gebruikt voor de selectie?
- Over het algemeen hebben interventies exclusiecriteria (*contra-indicaties*). Dit zijn redenen of omstandigheden om de beoogde deelnemer niet toe te laten tot de interventie.
  - Wat zijn de contra-indicaties? Benoem ze puntsgewijs. Denk bijvoorbeeld aan de ernst van het probleem, een bepaalde leeftijd, opleidingsniveau, cognitieve competenties of het tegelijkertijd aanwezig zijn van bepaalde andere problemen of stoornissen.
  - Geef ook aan als er *geen* contra-indicaties van toepassing zijn (zoals bij universele preventie).
- LET OP: *Selectie* van de doelgroep is iets anders dan *werving* van de doelgroep. Werving van de doelgroep is onderdeel van de Aanpak (Hoofdstuk 1.3).

### Voorbeeld Alles Kidzzz

Bij kinderen die agressief gedrag laten zien is conform de Richtlijn Ernstige Gedragsproblemen voor Jeugdhulp en Jeugdbescherming een oudertraining geïndiceerd, omdat hiervan de meeste effecten te verwachten zijn. De interventie Alles Kidzzz komt in beeld wanneer deze oudertraining onvoldoende effect sorteert en aanvullend een cognitief gedragstherapeutisch aanbod voor het kind passend is. Daarnaast zijn er situaties waarin een kind op school wel agressief gedrag vertoont, maar thuis niet of nauwelijks. Wanneer het gedrag zich primair op school voordoet en de ouders weinig tot geen problemen ervaren, is een oudertraining niet aan de orde. Een interventie in de schoolse context, te realiseren op school, is dan een alternatief.

*Indicatie:*

Als indicatie geldt de nominatie van de groepsleerkracht van het reguliere basisonderwijs in groep 6, 7 of 8. Kinderen die volgens hun leerkracht een hoge mate van externaliserend probleemgedrag vertonen (schoppen, slaan, schelden, pesten) komen in aanmerking voor de training. Om leerlingen te screenen, vult de leerkracht de 32 items van de externaliserende schaal van de TRF (Achenbach, 1991) en de 6 items voor de schalen voor reactieve en proactieve agressie (Hendrickx, Crombez, Roeyers & De Castro, 2003) in. Ook geeft de leerkracht in eigen woorden aan waarom deze zich zorgen maakt over het kind. Op basis van de TRF-score (tenminste T-score van 60; subklinisch) bespreken trainer en leerkracht en/of IB-er of het kind geselecteerd wordt voor de training. Ook kinderen uit het Speciaal Basisonderwijs en Speciaal Onderwijs kunnen deelnemen aan de training, mits hun IQ hoger dan 70 is. Omdat de trainer de training op maat aanbiedt, zal deze bij kinderen met een IQ tussen 70 en 85 de oefeningen vereenvoudigen en vaker herhalen.

*Contra-indicaties:*

- Diagnose ODD of CD
- Diagnose in het autistisch spectrum
- IQ < 70

Voor zover bekend bij de leerkracht of intern begeleider van de school.

### Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVo)

*Residentieel:* Jongeren worden op grond van een strafrechtelijke of civielrechtelijke maatregel geplaatst in de inrichting. Vervolgens is de behandelcoördinator (gedragswetenschapper) verantwoordelijk voor het indiceren van een jongere voor ARopMaat-JoVo.

*Ambulant:* De jongere wordt door de verwijzer aangemeld bij een forensische zorginstelling. Tijdens het intakegesprek wordt vervolgens onderzocht of ARopMaat-JoVo voorlopig geïndiceerd is. De uitkomst wordt bepaald door de regiebehandelaar in overleg met een multidisciplinaire teamoverleg. Vervolgens wordt een initieel behandelplan opgesteld dat leidend is voor de pre-behandelingsfase waarin risicotaxatie en assessment plaatsvinden. De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de definitieve indicatie en de inhoud van het behandelplan voor de behandelingsfase en zorgt ervoor dat de bevindingen worden teruggekoppeld naar de jongere. Het kan dus voorkomen dat, na de pre-behandelingsfase, toch een andere behandeling geïndiceerd blijkt te zijn voor een jongere. In de praktijk komt dit echter zelden voor, aangezien al vrij snel duidelijk is of onderstaande indicatiecriteria van toepassing zijn.

#### *Algemene criteria (hier moet aan worden voldaan)*

1. De jongere beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate, zodat hij de gegeven instructies en aanwijzingen kan begrijpen;
2. De jongere heeft een IQ-score van 70 of hoger<sup>1</sup> en heeft de leeftijd van 16 tot 21 jaar (residentieel) of 24 jaar (ambulant);
3. De jongere heeft een matig of (zeer) hoog recidiverisico gemeten met een risicotaxatie-instrument (RT). Het gaat residentieel om de SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth; Lodewijks et al., 2003) en ambulant om de RAF-GGZ Jeugd (16- en 17-jarigen) en de FARE bij 18+ (Forensisch Ambulante Risico Evaluatie);
4. Er is volgens de DSM-5 sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis, een oppositioneel opstandige gedragsstoornis, een normoverschrijdend gedragsstoornis, een andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis of cluster-B persoonlijkheidsstoornis al dan niet gecombineerd met ADHD en/of problematisch middelengebruik.

#### *Verdiepingscriteria*

Als de algemene criteria van toepassing zijn, dan dienen er tevens minimaal vier van onderstaande punten van toepassing te zijn:

1. Uit het dossier of het persoonlijkheidsonderzoek is gebleken dat de jongere een geringe agressieregulatie heeft;
2. De agressie wordt wekelijks geuit naar andere personen of materialen (verbaal en/of fysiek) Dit wordt zichtbaar via groepsrapportage en registratie TULP (residentiële setting) of uit informatie van de verwijzer / de jongere en/of relevante systeemleden, zoals de opvoeders;
3. De jongere is meer dan twee keer in zijn leven "blind" van woede geworden en weet dan niet meer wat hij doet;
4. Het agressieve gedrag van de jongere heeft in het recente verleden en/of het heden voor problemen gezorgd op minimaal twee leefgebieden;
5. Het agressieve gedrag van de jongere heeft geleid tot een residentiële plaatsing of een strafrechtelijke of civiele maatregel of (voorwaardelijke) straf;
6. De jongere scoort op de SAVRY hoog op tenminste drie items van de volgende risicofactoren: negatieve gedachtes, impulsiviteit, aandachtstekort, problemen met hanteren van boosheid, ervaren stress en geringe copingvaardigheden (residentiële setting). Bij risicotaxatie via de RAF-GGZ Jeugd geldt een matige tot hoge score op tenminste drie van de volgende items: impulsief / riskant gedrag, geringe copingvaardigheden, problemen met hanteren van boosheid, cognitieve vervormingen en negatieve opvattingen. Bij risicotaxatie via de FARE geldt een matige of hoge score op de items: gebrekkige impulscontrole en een tekort aan oplossingsvaardigheden;
7. De jongere scoort in totaal 40 of hoger op de V-LIG (Verkorte-Lijst Irrationele Gedachten) op de schaal Agressie en Wantrouwen.

#### *Contra-indicaties*

1. De aanwezigheid van ernstige suïcidaliteit en/of acute homocidaliteit (ambulante setting) of een acute psychose;

2. De aanwezige problemen zijn alleen veroorzaakt door problematisch middelengebruik (er is sprake van primaire verslavingsproblematiek);
3. Ernstige traumagerelateerde klachten die op de voorgrond staan;
4. Agressie die uitsluitend op zichzelf wordt gericht (automutilatie).

*Contra-indicatie voor gedeeltelijk aanbieden van groepsbehandelingen*

De groepsmodule is niet van toepassing als het werken in een groep te bedreigend is voor de jongere of als uit (dossier)informatie blijkt dat de jongere regelmatig negatief gedrag vertoont in een groep. Hetzelfde geldt als er sprake is van specifieke vaardigheidstekorten en/of psychische problemen die belemmerend werken bij het leren in groepsverband.

*Indicatiecriteria optionele modules*

Om te bepalen welke optionele modules geïndiceerd zijn, wordt gebruik gemaakt van een checklist 'indiceren optionele modules' (te vinden in de algemene programmahandleiding) en classificaties die op basis van de DSM-5 of het gebruikte RT-instrument zijn vastgesteld. Zo is bijvoorbeeld de module impulscontrole geïndiceerd als er sprake is van ADHD of ASS of bij een hoge score op impulsiviteit gemeten met de RT. De module Gezin in Beeld is geïndiceerd als de jongere volgens de RAF-GGZ Jeugd matig tot hoog scoort op het functioneren van het gezin.

De contra-indicaties worden vastgesteld op grond van dossierinformatie, de gebruikelijke screeningsinstrumenten gericht op het signaleren van primaire verslavingsproblematiek en acute psychose en de klinische blik van de behandelcoördinator (residentieel) of regiebehandelaar.

**Betrokkenheid doelgroep** – max 150 woorden

*Op welke manier was de doelgroep\* betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie?*

*\*Bij bijvoorbeeld kinderen of mensen met een beperking kunnen dit ook naasten (ouders, mantelzorgers) zijn.*

Toelichting:

- Hoe is de doelgroep en indien van toepassing, de intermediaire doelgroep betrokken geweest bij de (door)ontwikkeling van de interventie? Denk daarbij aan de keuze voor deze interventie, de eerste ontwikkeling ervan, de pilot en/of de doorontwikkeling.
- Beschrijf:
  - Wie was bij welke fase betrokken?
  - Op welke manier gebeurde dat?
  - Hoe is de interventie op basis hiervan aangepast?

**Voorbeeld Alles Kidzzz**

Op dit moment wordt gewerkt aan een update van het materiaal. Leerlingen die behoren tot de doelgroep zijn gevraagd om feedback te geven op de bestaande materialen en op concepten van nieuwe materialen. Daarnaast is een systematische analyse gemaakt van de feedback die ouders en leerlingen hebben gegeven aan het einde van de training. Deze informatie is gebundeld met de ervaringen van de trainers met het materiaal, en zo wordt een update gerealiseerd.

**Voorbeeld Aggressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO)**

Tijdens het (door)ontwikkelen van ARopMaat-JoVo is de doelgroep intensief betrokken geweest. Bij de residentieële versie zijn er verschillende jongeren (N = 18) benaderd voor het bedenken van voorbeeldsituaties en stellingen. Zo zijn de stellingen waarover gediscussieerd wordt tijdens de groepsmodule en de conflictsituaties uit de module Conflicthantering bedacht door de jongeren. Door de jaren heen zijn er verschillende groepen (twee tot vier jongeren) samengesteld die uitgebreid feedback hebben gegeven op het behandelprogramma van beide versies. Dit heeft bijvoorbeeld geleid tot verandering van de naam van de eerste module (nu Startmodule), het veranderen van de plaatjes en vormgeving en het gebruik van meer filmfragmenten en minder tekst. Ook is er een module Zelfbeeld toegevoegd. En groot deel van deze oefeningen stonden eerst in een hoofdstuk bij de algemene programmahandleiding en konden worden aangeboden, indien passend. Jongeren vonden dit vervelend en gaven aan (vooral meisjes) dat ze vonden dat hier een echte module voor moest komen. Ook zijn er ouders benaderd. Hun feedback heeft ertoe geleid dat er in de module Gezin in Beeld meer aandacht wordt besteed aan conflicthantering. Hierdoor is nu het werken met conflictremmers en conflictaanjagers toegevoegd. Voor het krijgen van feedback wordt verder standaard



na het afsluiten van de behandeling aan de jongere gevraagd om een evaluatieformulier in te vullen. Binnen de Waag wordt de feedback die hieruit volgt jaarlijks samengevat en opgevolgd als er punten uitkomen die vaker worden genoemd.

## 1.2 Doel

Algemene toelichting:

- Een interventie wordt ingezet om een doel te bereiken. Dit kan het voorkomen of verminderen van een probleem of risico zijn of het bevorderen van een positieve ontwikkeling.
- Formuleer het hoofddoel en de subdoelen. Houd hierbij voor ogen welke verandering voor de einddoelgroep bereikt is aan het einde van de interventie/genoemde periode. Maak de doelgroep onderwerp van de zin, vermijd woorden als 'ondersteunen' of 'stimuleren'.
- De (sub)doelen zijn zo veel mogelijk SMART:
  - *Specifiek*: is duidelijk wat de interventie precies verandert en bij wie?
  - *Meetbaar*: is het doel zo geformuleerd dat controleerbaar is of het bereikt wordt? Formuleer concreet, vermijd vage termen (zoals 'zoveel mogelijk')
  - *Acceptabel*: is er draagvlak voor de interventie, vinden betrokkenen de doelen zinvol?
  - *Realistisch*: zijn de doelen haalbaar?
  - *Tijdgebonden*: op welke termijn kunnen de doelen worden behaald?
- Houd er rekening mee dat (sub)doelen aansluiten bij de belevingswereld en de behoeften van de gehele doelgroep, gelet op diversiteit in (bijvoorbeeld) opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, etniciteit of taal.
- De (sub)doelen in de interventiebeschrijving komen overeen met de (sub)doelen in het handboek voor de uitvoerders. Pas indien nodig de doelen in het handboek aan.

**Hoofddoel** – max 100 woorden

*Wat is het hoofddoel van de interventie? Beschrijf dit zo concreet mogelijk in termen van gedrag van de einddoelgroep.*

Toelichting:

- Het hoofddoel verwoordt de (beoogde) eindsituatie. Het gaat om *wat* je uiteindelijk wilt bereiken, je hoeft hier nog niet op te schrijven *hoe* je dit bereikt.
- Het hoofddoel heeft betrekking op de einddoelgroep.

**Subdoelen** – max 350 woorden

*Wat zijn de subdoelen van de interventie? Beschrijf deze zo concreet (SMART<sup>1</sup>) mogelijk.*

*Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke subdoelgroep(en) of intermediaire doelgroep(en)? Geef voor elke intermediaire doelgroep minimaal één subdoel aan.*

Toelichting:

- Subdoelen zijn een concretisering van het hoofddoel. Alle subdoelen samen dragen bij aan het bereiken van het hoofddoel. Het figuur hieronder visualiseert dat.
- Subdoelen kunnen betrekking hebben op de einddoelgroep, maar ook op de subdoelgroepen of de intermediaire doelgroepen (zie Hoofdstuk 1.1). Als dat het geval is, benoem dan welk subdoel bij welke subdoelgroep of intermediaire doelgroep hoort.
- Zijn er veel doelgroepen met eigen subdoelen, maak dan eventueel een schema om de subdoelen per doelgroep en de onderlinge samenhang tussen de subdoelen te visualiseren.

---

<sup>1</sup> SMART = specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden

## Voorbeeld Alles Kidzzz

### Hoofddoel

- 1) Verminderen van agressief gedrag en bevorderen van pro sociaal gedrag.
- 2) Lange termijn doel is reduceren van de kans op het ontwikkelen van een gedragsstoornis.

### Subdoelen

#### A. Kinderen hebben een positief zelfbeeld:

1. Kinderen met een laag zelfbeeld kunnen meer positieve eigenschappen van zichzelf benoemen en vanuit een positiever beeld van zichzelf handelen.
2. Kinderen kunnen voor zichzelf korte en lange termijn doelen stellen voor thuis, op school en met vrienden (zelfbeeld bepalen).

#### B) Kinderen hebben meer positieve sociale cognities:

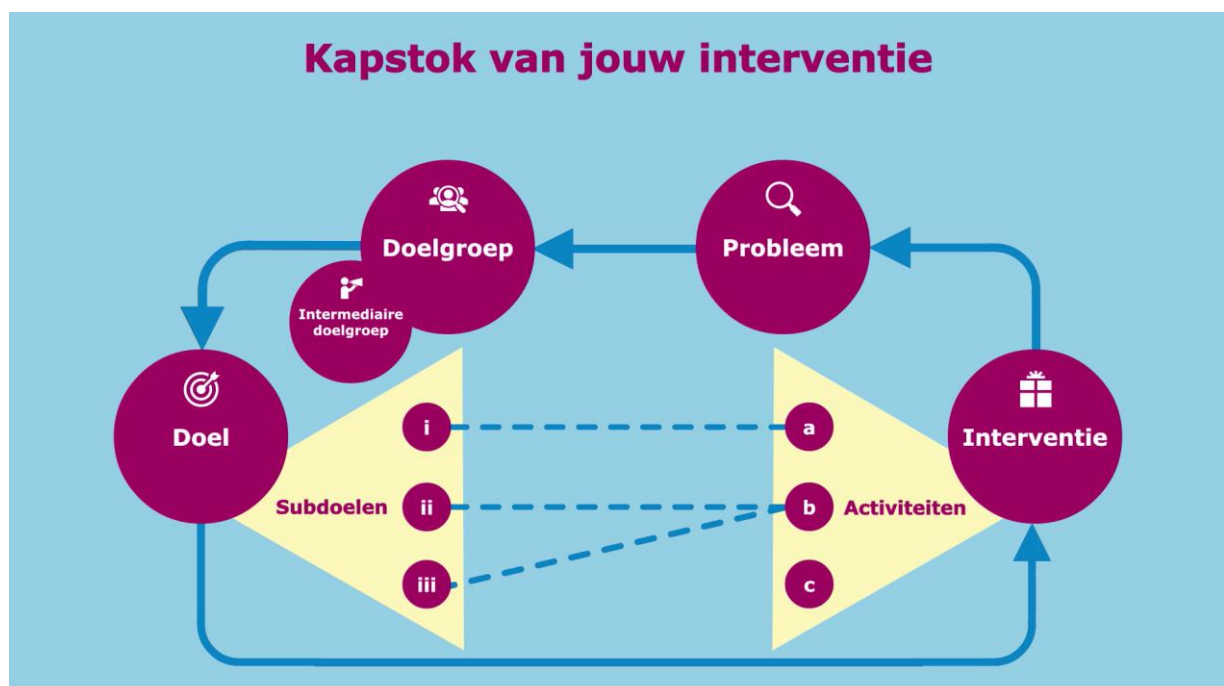
1. Kinderen die gedrag van leeftijdgenootjes vaak negatief interpreteren kunnen vaker onhandig gedrag van leeftijdgenootjes beoordelen als 'per ongeluk' in plaats van als 'vijandig'.
2. Kinderen kunnen in een ambigue sociale situatie met leeftijdgenootjes vaker kiezen voor een assertieve gedragsrespons dan een agressieve gedragsrespons.
3. Kinderen krijgen zelf minder waardering voor het uiten van agressief gedrag.
4. Kinderen zijn minder vaak van plan om in ambigue situaties agressief te reageren.

#### C) Kinderen kunnen hun woede reguleren:

1. Kinderen zijn in staat technieken te hanteren om hun woede te reguleren en vertonen minder vaak woede-uitbarstingen.

#### D) Kinderen ontwikkelen pro sociale alternatieven voor reactief en proactief agressief gedrag:

1. Kinderen kunnen in ambigue situaties minder vaak reactief agressief gedrag (slaan, schoppen, schelden, vechten) laten zien als reactie op leeftijdgenoten.
2. Kinderen kunnen een positieve interactiecyclus starten met leeftijdgenootjes (uitnodigen tot spelen of samenwerken) en laten dus minder proactief agressief gedrag zien.
3. Kinderen vertonen vaker pro sociaal gedrag (delen, complimenten geven, plezier maken en lachen, langere positieve gedragsuitwisselingen).



## 1.3 Aanpak

### Opzet van de interventie – max 300 woorden

Hoe is de opzet van de interventie? Beschrijf op hoofdlijn de fasen, bijvoorbeeld (1) voorbereiding/ werving (2) uitvoering en (3) afronding/ borging. Wat is per fase de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)? Voeg hier eventueel een schema in.

Toelichting:

- Beschrijf hier op hoofdlijn de opzet van de interventie (vorm, opbouw en omvang). De activiteiten in de interventie zorgen er samen voor dat de doelen worden bereikt. Het figuur hierboven visualiseert dat.
- De vorm: wat voor type interventie is het? Bijvoorbeeld een lespakket, een e-learning module, individuele begeleiding, groepsbijeenkomsten of een wijkinterventie met meerdere onderdelen.
- De opbouw: uit welke fasen of stappen bestaat de interventie? De meeste aandacht gaat vaak uit naar de uitvoering van de interventie. Vergeet niet om ook de fasen: voorbereiding/ werving en de afronding/ borging te beschrijven. Beschrijf binnen elke fase wat er gebeurt. Bijvoorbeeld: verschillende themabijeenkomsten, onderdelen of modules die in een bepaalde volgorde worden uitgevoerd. Als de aanpak van een interventie veel aparte onderdelen heeft, maak dan een schema om de structuur of de samenhang tussen de onderdelen te visualiseren.
- De omvang en intensiteit van de interventie. Bijvoorbeeld: duur/doorlooptijd, aantal en frequentie van de contacten. Geef dit waar nodig aan per fase. Zijn de duur en het aantal contacten variabel? Geef dan een gemiddelde of wat gebruikelijk is.
- LET OP: Schrijf actief zodat duidelijk is wie welke rol heeft. Welke organisatie of welk soort professional voert welk onderdeel uit? Wie is aanvrager of initiatiefnemer van de interventie?

#### Voorbeeld Alles Kidzzz

Het programma Alles Kidzzz kent een vaste structuur. De interventie (11 sessies) bestaat uit acht wekelijkse individuele sessies van 45 minuten met het kind plus drie sessies met ouders, kind en leerkracht (kennismaking, tussenevaluatie en eindevaluatie). Doel van deze gezamenlijke sessies is het stimuleren van de contextuele aanpak op maat: door ouders en leerkracht te betrekken leidt het programma tot een grotere effectiviteit, omdat ook gefocust wordt op voor de school en thuisomgeving relevante aspecten van het kind-gedrag, als tot generalisatie van geleerde vaardigheden zowel naar de schoolsituatie als de thuissituatie. De gezamenlijke bijeenkomsten zijn vaak gekoppeld aan een sessie met het kind. Tijdens de eerste gezamenlijke sessie (kennismaking) geven ouders, kind en leerkracht hun visie op de sterke kanten van het kind en de leerpunten.

In de acht sessies met het kind worden twee fasen onderscheiden: 1) beter leren kennen (drie sessies) en 2) aanpakken (vijf sessies). De 'beter leren kennen' fase is gericht op het in kaart brengen van de kwaliteiten en leerpunten van het kind. Na de eerste drie sessies maakt de trainer een competentieanalyse over de kwaliteiten en leerpunten van het kind. Deze bespreekt de trainer tijdens de tussenevaluatie met ouders, kind en leerkracht, met als doel om gezamenlijk de doelen voor de aanpakfase te bepalen. Met het kind stelt de trainer een contract op, waarin zij vastleggen welke aspecten het kind gaat aanpakken. Deze aspecten zijn bepalend voor de specifieke werkvormen van de volgende 'aanpakfase'. In fase 2 (aanpakken: vijf sessies) leert het kind nieuwe vaardigheden bij opgestelde doelen met oefeningen tijdens de sessies en via hieraan gekoppelde wekelijkse 'klussen' voor de thuis- en schoolsituatie. Na afloop van de training vindt er een eindevaluatie plaats door de trainer met het kind, de leerkracht en de ouders met als doel generalisatie van de geleerde vaardigheden en versterken van de rol van ouders en leerkracht hierbij.

#### Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVo)

##### Algemeen

ARopMaat-JoVo bestaat uit een residentiële en ambulante versie en is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van de RNR-principes (risk-need-responsivity; zie voor uitleg kopje onderbouwing), een cognitief gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische technieken en aangepaste mindfulness oefeningen), waarbij continu aandacht is voor het motiveren.

##### Fasering

ARopMaat-JoVo bestaat uit de volgende vijf fasen:

1. (Voorlopige) indicatiestelling: Meer informatie over het indiceren en de betrokken behandelaren is te vinden onder het kopje Indicatiecriteria. In een ambulante setting wordt tijdens deze fase aan de hand van dossierinformatie en een intakegesprek bepaald of er sprake is van een voorlopige indicatie. Er wordt dan een initieel behandelplan opgesteld voor de volgende fase. In een residentiële setting is er al een risicotaxatie uitgevoerd, waardoor in deze fase al voldoende informatie beschikbaar is om definitief te indiceren.
2. Pre-behandeling: Bij beide versies is deze fase gericht op het aangaan van een behandelrelatie, motiveren, empoweren, het opstellen van een veiligheidsplan, het verzorgen van psycho-educatie, inzicht krijgen in de agressieketen en het indiceren van optionele modules. In de ambulante setting wordt nu echter ook zorggedragen voor RT, assessment en zo nodig verdiepende diagnostiek. Aan het einde van deze fase is een definitieve indicatie (ambulante setting) en diagnose gesteld en een definitief behandelplan voor de volgende fase. Voor beide versies geldt dat de eerste twee fasen in totaal niet meer dan twaalf weken in beslag mogen nemen.
3. Behandeling: Het aanbieden van de standaard modules en de geïndiceerde optionele modules. In deze fase wordt, indien van toepassing, ook een signaleringsplan (gericht op stress of andere negatieve emoties) opgesteld. De duur van deze fase varieert en is afhankelijk van het recidiverisico van de jongere en het leertempo. De praktijk leert dat jongeren die AROPmaat aangeboden krijgen, gemiddeld genomen (kijkend naar beide versies) een behandeling van 48 weken ontvangen (exclusief de nazorgfase).
4. Afronding van de behandeling: Dit betreft een overgangsfase van maximaal twee weken en wordt ingezet als de doelen van de behandeling in voldoende mate zijn behaald. In deze fase wordt er een toekomstplan opgesteld (of geactualiseerd) en vindt er een eindevaluatie plaats;

5. Nazorg:

*Residentieel:*

- a. Als de jongere de behandeling afrondt, maar hij/zij nog niet op STP (scholings- en trainingsprogramma) of proefverlof gaat, wordt tenminste drie maanden lang, elke maand een individuele terugkomssessie aangeboden. Hierin worden de aangeleerde vaardigheden geëvalueerd en eventueel aanvullende oefeningen meegegeven. Mocht een jongere vervallen in oud gedrag, dan wordt de individuele begeleiding geïntensiveerd.
- b. Als een jongere de inrichting heeft verlaten krijgt elke jongere standaard om de week telefonische begeleiding van de behandelaar voor de duur van drie maanden. Dit wordt geïntensiveerd als er terugval dreigt.

*Ambulant:*

De lengte van de nazorgfase is afgestemd op het recidiverisico na afronding van de behandeling en kan twee tot vier maanden duren, tenzij tijdens deze periode blijkt dat de periode verlengd moet worden, omdat er sprake is van terugval. De intensiteit van de contactmomenten varieert, dit hangt af van de problemen die spelen en de behoefte aan en noodzaak van begeleiding.

*Standaard en optionele modules*

Voor het bieden van maatwerk bestaan beide versies uit een set standaard modules (Startmodule, Beheersingsvaardigheden, Invloed van het Denken, en de module Assertiviteit) en een aantal optionele modules (Stressreductie, Impulscontrole, Waarnemen en Interpreteren, Emotieregulatie, Conflicthantering, Zelfbeeld en Partner in Beeld). De groepsmodule is bij de ambulante setting optioneel en bij residentiële setting verplicht (in die setting kun je nauwkeuriger zorgdragen voor een functionele groepssamenstelling. Als groepsgericht werken contra-geïndiceerd is, dan wordt de inhoud individueel aangeboden). De module Gezin in Beeld wordt in de residentiële setting aangeboden als de jongere weer naar huis terugkeert en in de ambulante setting als de jongere thuis woont. De jongere dient hier echter wel mee akkoord te gaan.

*Frequentie en duur*

Een individuele sessie vindt minimaal eens per week plaats en duurt minimaal een uur. Dit geldt bij een matig recidiverisico en een grote responsiviteit (ontvankelijkheid) om te leren / veranderen. De intensiteit kan echter oplopen tot drie keer per week als het gaat om een (zeer) hoog recidiverisico en een jongere die langzaam leert (bijvoorbeeld door een laag IQ of ADHD). De groepstraining duurt anderhalf uur en bestaat uit 10 bijeenkomsten. De duur van de interventie kan afhankelijk van het leertempo en de ernst en/of hardnekkigheid van de problematiek variëren van vijf maanden tot ongeveer anderhalf jaar.

**Inhoud van de interventie** – max 1200 woorden

*Beschrijf per fase: welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.*

*Beschrijf - indien van toepassing - op welke manier de aanpak aansluit bij de diversiteit van mensen binnen de (sub)doelgroepen en hun verschillende uitgangsposities (equity).*

*Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.*

**Toelichting:**

- Wat gebeurt er binnen de verschillende onderdelen, stappen of fasen van de interventie? Denk hierbij ook aan de werving van deelnemers, evaluatie en nazorg/borging.
- Beschrijf de belangrijkste zaken die de lezer moet weten om een beeld te krijgen van de uitvoering van de interventie. Wees kort en bondig en verwijst voor meer informatie naar het handboek voor de uitvoerder(s). Schrijf actief, zodat duidelijk is wie wat doet in de interventie.
- Welke onderdelen zijn verplicht en welke optioneel? Welke activiteiten zijn minimaal nodig om de gestelde doelen te behalen? Is er geen sprake van optionele onderdelen, geef dit dan aan.
- Is het een interventie op maat? Zo ja: Welke activiteiten worden op maat worden uitgevoerd, en welke criteria zijn er voor de invulling daarvan? Is er geen sprake van een interventie op maat, geef dit dan aan.
- Als de beschrijving te lang wordt, geef dan enkele typerende voorbeelden. Verwijs voor meer informatie naar het handboek voor de uitvoerder(s).
- Hoe houdt de aanpak rekening met verschillende uitgangsposities van (sub)doelgroepen (zoals voor opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, etniciteit of taal)? Zie tekstkader.

## Tekstkader: equity

### *Algemene informatie*

Met dit criterium geven we invulling aan diversiteit en inclusie in het erkenningstraject en de toetsing van interventies. Diversiteit kan breed worden opgevat, denk bijvoorbeeld aan achtergrond, geslacht, leeftijd, religie, etniciteit, beperkingen of andere kenmerken.

### *Waarom?*

In lijn met de definitie van een interventie, draagt de interventie bij aan een positieve verandering voor de (sub)doelgroepen. Om dat te kunnen doen, is het belangrijk dat de aanpak rekening houdt met de diversiteit van mensen, inclusief hun eventuele verschillende uitgangsposities die van invloed kunnen zijn op deelname aan of resultaten van de interventie (*equity*). Dit voorkomt uitsluiting van mensen en zorgt ervoor dat individuen gelijke en eerlijke kansen hebben om van de interventie te profiteren.

### *Wanneer?*

Het is belangrijk om bij de ontwikkeling, beschrijving en uitvoering van elke interventie actief na te denken of bepaalde belangrijke doelgroepen, die wel worden beoogd, door hun uitgangspositie mogelijk niet of minder bereikt worden door de interventie. En om in de interventie(materialen) taal te gebruiken die niet als kwetsend of uitsluitend wordt ervaren.

Aandacht hiervoor is ook belangrijk als er geen aparte subdoelgroepen zijn beschreven.

### *Hoe?*

Hoe interventies invulling geven aan dit diversiteitscriterium kan sterk uiteenlopen. Uitgangspunt is dat in de interventiebeschrijving wordt beschreven of, en zo ja hoe in de aanpak rekening wordt gehouden met mogelijke verschillen tussen mensen binnen de doelgroep (diversiteit). En zo nee, waarom dit niet nodig is.

Internationaal wordt het ethische principe *equity* gebruikt om de aandacht voor diversiteit en verschillende uitgangsposities in interventies te beoordelen. Een gelijke aanpak (*equality*) leidt niet altijd tot gelijke resultaten. In dat geval kan het nodig zijn om in de interventie iets anders of iets extra te doen om tot dezelfde impact te komen (*equity*).

- Zo kan het zijn dat dezelfde aanpak bij mensen met een licht verstandelijke beperking anders uitpakt dan bij mensen zonder een licht verstandelijke beperking. Hetzelfde geldt voor mensen met of zonder een migratieachtergrond, of tussen mensen met verschillende genderidentiteiten.
- Of dat deelname aan een interventie structureel niet mogelijk is omdat activiteiten bijvoorbeeld plaatsvinden op een dag dat zij normaal gesproken naar de kerk of moskee gaan.
- Of dat de kans op deelname door bepaalde subdoelgroepen vergroot wordt, als er naast gemengde ook ongemengde trainingsgroepen aangeboden worden.

Beschrijf dus, indien relevant, hoe er in de interventie voor gezorgd wordt dat alle (sub)doelgroepen ondanks eventuele verschillende uitgangsposities op dezelfde manier kunnen profiteren van de interventie.

Naast aandacht voor eventuele inhoudelijke of praktische aanpassingen in de aanpak, draagt ook inclusieve taal bij aan equity. Inclusief taalgebruik vermijdt het gebruik van termen die als kwetsend of uitsluitend ervaren kunnen worden. Door inclusieve taal te gebruiken in de interventiebeschrijving én in de onderliggende materialen benader je mensen op een juiste, respectvolle manier. Je erkent zo de diversiteit aan mensen en (sub)culturen en de veranderlijkheid ervan en het stelt je in staat om met meer mensen (effectief) te communiceren.

Enkele voorbeelden:

- Gebruik de *meervoudsvorm* of *je-vorm* in plaats van hij/zij en zijn/haar. Of spreek van *personen*, *uitvoerders* of *deelnemers*.
- Gebruik *partner* in plaats van man/vrouw/echtgenoot/echtgenote.
- Spreek over *mensen met of zonder een migratieachtergrond* in plaats van over alloctonen en autoctonen.
- Problematiseer personen en bevolkingsgroepen niet. Gebruik bijvoorbeeld *mensen in een kwetsbare positie* of *gezinnen met meervoudige en complexe problemen*, in plaats van kwetsbare mensen of multi-probleemgezinnen.

- Vermijd validisme (taal die vooroordelen over mensen met een beperking in stand houdt). Gebruik bijvoorbeeld *persoon met een beperking* in plaats van invalide/mindervalide.
- Ook beeldgebruik in onderliggende materialen kan (onbedoeld) stereotyperend zijn. Niet alle moslima's dragen een hoofddoek, niet alle beperkingen zijn zichtbaar, een gezin met migratieachtergrond hoeft niet altijd zwart of moslim te zijn maar kan ook 'mixed race' of wit zijn. Gebruik daarom diverse beelden in onderliggende materialen.

Tip: taal is veranderlijk. Op de [website](#) van het Kennisplatform Inclusief Samenleven (KIS) zijn actuele informatie en praktische tips te vinden over inclusieve communicatie.

### Voorbeeld Alles Kidzzz

#### Specifieke kenmerken van de interventie:

- *Werving/ selectie:*

De school meldt het kind aan bij zorgen van bovenbouw-leerkracht over externaliserend probleemgedrag.

- *Werkvormen/ huiswerkklussen:*

Per sessie staat een werkvorm en bijbehorende huiswerkklus centraal, die beschreven staan op losse werkbladen. Deze werkvormen zijn aantrekkelijk, creatief en afgestemd op de leeftijd. Bij gebruik voegt de trainer het werkblad toe aan het kindermapje. Naast enkele standaard-werkvormen kiest de trainer een werkvorm op basis van kenmerken van het kind en gestelde doelen. Elke vervolgsessie start met bespreking van de huiswerkklus.

- *Houding van de trainer:*

Bij alle werkvormen is een positieve attitude van de trainer belangrijk, gericht op respect voor het kind en de mogelijkheden zich op een positieve wijze te ontwikkelen. Ook is van belang, dat het kind actief en creatief betrokken is; het wordt uitgedaagd zich verbaal (rollenspel), via tekeningen of in spelsituaties te uiten.

- *Betrokkenheid ouders en leerkracht:*

De trainer betreft ouders en leerkracht bij de training tijdens de drie sessies met ouders, leerkracht en kind: kennismaking, tussenevaluatie en eindevaluatie. Daarnaast betreft de trainer er ouders en leerkracht via een wekelijks bericht, dat samen met het kind is opgesteld. Hierin informeert de trainer hen schriftelijk over wat er geleerd is, zodat zij kunnen toezien op uitvoeren van de huiswerkklus. Dit bevordert generalisatie van het geleerde in de dagelijkse praktijk.

#### Fase 1: Beter leren kennen:

- *Kennismaking*

Tijdens de kennismaking zijn ouders en kind aanwezig. Het kind vult een 'paspoort' in: een vragenlijst die informatie vraagt over gezin, vriendjes, hobby's, de schoolsituatie, waarom het kind wil deelnemen en wat het wil leren.

- *Beter leren kennen*

De trainer krijgt aan de hand van verschillende werkvormen en huiswerkklussen inzicht in tekort aan vaardigheden en positieve kwaliteiten van het kind. Tijdens oefeningen streeft de trainer naar een positieve interactie met het kind: aanmoedigen, oogcontact maken, open vragen stellen met als doel het versterken van het zelfbeeld van het kind door het benoemen van de positieve kwaliteiten.

➤ *Voorbeeld van een standaardoefening:*

*De weekkaart (leefsituatie kind):*

De trainer vraagt het kind om zo minutieus mogelijk een beschrijving te geven van een leuke dag en een minder leuke dag. De trainer krijgt informatie over zelfbeeld, sociale cognities, woede-uitbarstingen, en reactieve en proactieve agressieve reacties. Ook krijgt de trainer informatie over positieve kwaliteiten van het kind. Het kind kan op een laagdrempelige en veilige manier over moeilijke situaties spreken. Dit geeft de trainer de gelegenheid een positieve band op te bouwen met het kind. Opvallende zaken worden door de trainer "geparkeerd" om later op terug te komen.

De handleiding beveelt de weekkaart standaard als eerste werkvorm. Mogelijke werkvormen voor de volgende twee sessies worden bepaald aan de hand van de informatie vanuit de eerste sessie.

➤ *Voorbeelden van werkvormen op-maat:*

*De Vriendencirkel (contact leeftijdgenoten):*

De vriendencirkel brengt in beeld welke contacten met leeftijdgenoten belangrijk zijn. De trainer vraagt door over concrete situaties met kinderen die wel en geen vriend zijn. Aan de hand van situatiebesprekingen leert het kind hoe hij of zij door anderen ervaren wordt (zelfbeeld). Aan de hand van incidenten wordt het sociale informatieproces van het kind in ambigue situaties met vriendjes verduidelijkt: wat doet een ander kind, wat denk je daarover en wat doe je zelf. Deze informatie wordt gebruikt voor het opstellen van doelen en tijdens de aanpakfase. Voor kinderen die sterk beïnvloed worden door andere kinderen of voor een kind dat proactief agressief gedrag vertoont en bijvoorbeeld andere kinderen pest is de vriendencirkel geschikt.

*Het Kwaliteitenspel (zelfbeeld):*

Het Kwaliteitenspel geeft kind en trainer inzicht in de kwaliteiten van een kind. Met behulp van kaartjes met persoonlijke kenmerken kan de trainer op een leuke manier in gesprek komen over hun kwaliteiten. Het spel geeft inzicht in het zelfbeeld.

• *Tussentijdse evaluatie: Competentie-analyse en Contract*

De trainer maakt volgens een standaard format een analyse van sterke punten, werkpunten, protectieve factoren en te zware taken of stressoren. Deze competentieanalyse biedt aangrijpingspunten voor het contract. Tijdens de tussentijdse evaluatie worden doelen, actiepunten en het trainingsplan met het kind, de ouders en de leerkracht besproken en de belangrijke rol van de ouders en leerkracht om thuis en op school te oefenen. Het kind ondertekent het contract met de concrete vaardigheden en doelen waaraan gewerkt gaat worden.

## **Fase 2: Aanpakken**

De trainer kiest die oefeningen die het beste aansluiten bij de individuele doelen van het kind volgens de competentieanalyse. Elk kind werkt aan alle standaardsubdoelen (zelfbeeld, sociale-cognities, woede-regulatie, assertief en pro-sociaal gedrag) met specifieke eigen accenten.

➤ *Voorbeeld van vaste werkvorm*

*Petje af voor...: (minder agressie en meer assertief gedrag):*

Bij deze werkvorm gebruikt de trainer drie petten: een blauwe pet die staat voor sub-assertief gedrag (bijvoorbeeld weglopen), de rode pet die staat voor agressief gedrag (bijvoorbeeld slaan) en de gele pet die staat voor assertief gedrag: opkomen voor jezelf zónder agressie. Kind en trainer oefenen via rollenspelen dezelfde situatie (afkomstig vanuit fase 1) waarin het kind tot nu toe agressief gedrag (met rode pet op) vertoont en oefenen assertief gedrag (met de gele pet op). Het kind krijgt de gele pet mee naar huis voor de klus: 'de gele pet'. Op een kaart schrijft het kind antwoorden op de vragen: 1) van wie had je last? 2) wat deed hij/zij? 3) je gebruikte de gele pet, hoe loste je het op?

Door deze rollenspelen en oefeningen analyseert het kind de stappen in het Sociale Informatie Processing model. Het leert onderkennen, dat het sociale situaties vaak als vijandig interpreteert. Het kind leert om zich in de ander te verplaatsen. Vervolgens denkt het gefaseerd na over de mogelijkheden om al dan niet te reageren met een agressieve respons of juist te kiezen voor een assertieve reactie. Het kind leert dat er verschillende gedragsmogelijkheden zijn (met een rode pet en een blauwe pet) en oefent om assertief (met de gele pet) te reageren. In deze oefening worden de sociaal-cognitieve stappen besproken en wordt het gewenste gedrag via rollenspel geoefend.

➤ *Voorbeelden van maatwerk werkvormen*

*Woedethermometer (woederegulatie):*

Hierbij leert een kind - door het invullen van stappen van een oplopende thermometer - te onderkennen door welke signalen woede wordt opgeroepen en tevens leert het kind om te voorkomen dat de woede toeneemt, door in een eerdere fase op een assertieve wijze (met de gele pet) aan te geven welk gedrag van de ander negatieve gevoelens oproept.

*De Supercirkel: (positief zelfbeeld):*



Een werkvorm gericht op het bevorderen van een positief zelfbeeld bij kinderen met een laag zelfbeeld. Deze oefening helpt kinderen om in moeilijke situaties een super-gevoel te krijgen. De trainer laat het kind in gedachten teruggaan naar een situatie waarin het kind zich heel prettig voelde, en dit super-gevoel wordt gekoppeld aan de super-cirkel. Vervolgens bespreekt de trainer lastige situaties en leert het kind om in die situaties zich ook super te voelen (een YES-gevoel). De bijbehorende klus is het Reclamespotje. Om het positieve zelfbeeld van het kind te versterken wordt gevraagd een reclamespotje over zichzelf in te vullen, waarin het kind op een creatieve manier positieve boodschappen over zichzelf laat zien. Het kind kan dit schrijven, tekenen of plakken.

*Up en down:* (positieve sociale cognities)

Via het *GGGG-schema* analyseert het kind de *Gebeurtenis*, welke *Gedachten en Gevoelens* het had en welk *Gedrag*. Via het inzetten van *Helpende Gedachten* komt het tot positieve *Gevoelens* en *Gedrag*. Op de *YES-kaart* schrijft het kind helpende gedachten.

- *Eindevaluatie*

De trainer bespreekt het eindverslag met het kind, de ouders en de leerkracht. Indien nodig kan er verwijzing plaatsvinden naar andere vormen van hulpverlening.

## 2. Uitvoering

**Materialen** – max 200 woorden

*Welke materialen zijn beschikbaar voor de werving, uitvoering en evaluatie van de interventie? Voor wie zijn de materialen bestemd en waar zijn ze verkrijgbaar? Geef een opsomming.*

Toelichting:

- Het gaat hier om materialen die direct ondersteunend zijn aan de interventie, denk bijvoorbeeld aan:
  - Materialen voor de werving van deelnemers: bijvoorbeeld flyers, TV spotjes, website;
  - Een ondersteunende website voor uitvoerders en/of deelnemers;
  - Een handboek of protocol voor uitvoerders van de interventie;
  - Materialen voor deelnemers: bijvoorbeeld een werk- of cursusboek, een e-learningmodule, beeldmateriaal;
  - Materialen voor de evaluatie van de interventie: bijvoorbeeld een plan van aanpak voor een procesevaluatie, vragenlijsten, een monitoringssysteem.
- Het handboek voor uitvoerders moet meegestuurd worden met deze interventiebeschrijving. Samen met de procesevaluatie zijn dit de verplichte documenten om erkenning aan te vragen. Geef de documenten die je meestuurt een logische, herkenbare naam die je ook gebruikt in deze interventiebeschrijving.
- Materialen die niet direct ondersteunend zijn voor de toepassing van de interventie, neem je hier niet op.
- Hoe wordt in de materialen rekening gehouden met specifieke (sub)doelgroepen, indien van toepassing? Denk daarbij aan taalgebruik en diversiteit in voorbeelden en beeldmateriaal, rekening houdend met bijvoorbeeld opleidingsniveau, geslacht, leeftijd en etniciteit.
- LET OP: Zorg dat informatie over de interventie consistent en actueel is in de verschillende materialen en uitingen die je als eigenaar gebruikt. Denk hierbij ook aan de website. Als er op verschillende plekken bijvoorbeeld verschillende doelen of doelgroepen staan, roept dit vragen op bij potentiële gebruikers van de interventie en bij de erkenningscommissie of praktijkpanel die de interventie toetsen.

### Voorbeeld Alles Kidzzz

De materialen bestaan uit een trainershandleiding, een kindermapje, formulieren voor het bericht aan ouders en leerkracht, kaarten, het kinderkwaliteitenspel, de gele pet, evaluatieformulieren en een website.

- *Trainershandleiding*: Kruuk, J.M.P. (2014). Handleiding Alles Kidzzz. Een preventieprogramma voor kinderen met externaliserende gedragsproblemen. 's Hertogenbosch:Ypse, zesde herziene druk.

De eerste druk is verschenen in 2002 (met Marieke Hüdepohl), de zesde druk in 2014 met medewerking van T. Mathot en M. van Londen-Barentsen. In de trainershandleiding en op het besloten gedeelte van de website is informatie opgenomen voor reeds gecertificeerde trainers (voorbeeldbrieven, format van de competentieanalyse, evaluatieformulier).

De trainershandleiding en concrete trainingsmaterialen worden fysiek en digitaal beschikbaar gesteld aan trainers-in-opleiding tijdens de opleiding. Op dit moment wordt gewerkt aan een update van het materiaal.

- *Kindermapje*: Kruuk, J.M.P. (2009). Kindermapje Alles Kidzzz 's Hertogenbosch: Ypse. Het kindermapje bevat alle werkbladen van de verschillende werkvormen voor het kind en de formulieren voor het informeren van ouders en leerkracht. Het kindermapje is uitsluitend door gecertificeerde trainers te bestellen bij PI Research.

- *Overig materiaal*: - Kaarten van Johnny-boy en Annika-girl (te printen vanuit de trainershandleiding). - Gele pet (zelf aanschaffen; evenals een rode en een blauwe pet). - Kwaliteitenspel (Kinderkwaliteitenspel, Loman & Soepboer 2006; CPS Amersfoort, ISBN 978-90-6508-554-2).

### Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO)

De interventie bevat verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

1. Theoretische handleiding. Deze handleiding bevat vrijwel alle informatie die ook in dit werkblad is te vinden;
2. Handleiding voor de behandelaar. Dit is een handleiding voor de behandelaar gericht op relevante aanwijzingen voor het uitvoeren van de methodiek en diverse modules. Deze handleiding bevat ook ondersteunende informatie over de basistechnieken, veiligheidsmanagement en motiveren. Verder

worden er algemene richtlijnen meegegeven voor het behandelen van traumagerelateerde klachten en problematisch middelengebruik, etc.;

3. Dertien verschillende modules voor de jongere en de module Gezin in Beeld en/of Partner in Beeld voor de jongere en zijn/haar opvoeders en/of zijn/haar partner. N.B. De modules zijn geschreven voor de jongeren, maar bieden ook handvatten voor de behandelaar in combinatie met het hoofdstuk uit de handleiding voor de behandelaar met relevante aanwijzingen voor het werken met de modules.
4. Managementhandleiding. Deze handleiding biedt vooral zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking wordt gerealiseerd en gemonitord.
5. Opleidingshandleiding. Deze handleiding beschrijft de nodige eisen omtrent de opleiding en competenties. Eveneens wordt in deze handleiding de inhoud van de driedaagse basisopleiding voor toekomstige AROPMaat-JoVo behandelaren beschreven.
6. Mentale weerbaarheidstraining. Deze handleiding is specifiek voor de residentiële setting bedoeld. Het bevat de inhoud van een training voor groepsleiding. Het biedt inzicht in hoe groepsleiding meer vaardigheden aangeleerd kunnen krijgen om de jongere een leef- en leerklimaat mee te geven dat stimulerend werkt om positieve veranderingen te realiseren.

Naast dit materiaal bestaat er ter ondersteuning ook een blended-care aanbod van de standaard modules en de meest toegepaste optionele modules. Er zijn ondersteunende filmfragmenten leverbaar om theoretische onderdelen of oefeningen beter uit te kunnen leggen. Verder bestaat er een PowerPoint-presentatie die gebruikt kan worden om de behandeling intern of aan ketenpartners uit te leggen. Ook is er een folder over AROPMaat voor JoVo's leverbaar.

#### **Type organisatie en locatie** – max 200 woorden

*Welk type organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren? Op welk soort locaties kan de interventie uitgevoerd worden?*

Toelichting:

- Geef aan welke soort organisatie(s) de interventie kunnen uitvoeren. Denk bijvoorbeeld aan: GGD, welzijnsorganisatie, sport- en beweegaanbieder, organisatie voor jeugdzorg, onderwijsinstelling, instelling voor langdurige zorg. Eventueel kun je hier ook de organisaties noemen die de interventie op dit moment uitvoeren.
- Op welk type locaties kan de interventie uitgevoerd worden? Bijvoorbeeld thuis, op school, in een buurthuis, in een zorginstelling, in een sporthal of sportvereniging. Aan welke specifieke eisen zoals ligging, faciliteiten en/of afmetingen moet de locatie eventueel voldoen?
- Kruis hieronder aan tot welke voorziening de organisaties behoren die de interventie uitvoeren (er zijn meerdere opties mogelijk).
  - Basisvoorziening voor alle kinderen en jongeren (Bijvoorbeeld: Jeugd- en jongerenwerk, Jeugdgezondheidszorg, kinderopvang, school, welzijnsorganisatie).
  - Voorziening voor lichte hulp en ondersteuning (Bijvoorbeeld Centrum voor jeugd en gezin, wijkteam, buurtteam, lokaal team).
  - Gespecialiseerde hulp (Bijvoorbeeld: Ambulante jeugdhulp, GGZ, Jeugdhulp in gezinsvormen (pleegzorg, gezinshuis, buurtgezin), residentiële jeugdhulp).

### Voorbeeld Alles Kidzzz

X Basisvoorziening voor alle kinderen en jongeren  
0 Voorziening voor lichte hulp en ondersteuning  
0 Gespecialiseerde hulp

Alles Kidzzz wordt uitgevoerd op school (PO, SBO, SO). De trainers kunnen werkzaam zijn op school of door school worden ingeroepen vanuit eerstelijns jeugdhulp en specialistische jeugdhulp.

### Voorbeeld Aggressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVo)

ARopMaat-JoVo kan worden uitgevoerd door een justitiële jeugd inrichting, een Jeugdzorg Plus instelling of een ambulante (forensische) jeugdzorginstelling die jongeren behandelen met ernstige agressieproblematiek. De instellingen dienen te beschikken over een kinder- en jeugdpsychiater. Eventueel werken instellingen samen om een transmuraal aanbod te realiseren. ARopMaat-JoVo kan in de instelling worden aangeboden, bij de jongeren thuis of op de school van de jongere.

### Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

*Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?*

Toelichting:

- Beschrijf de verschillende rollen bij de uitvoering van de interventie en door welk type professionals of informele zorgverleners (van welke organisaties) deze rollen ingevuld worden. Denk bijvoorbeeld aan praktijkverpleegkundige GGZ, leefstijlcoach, JGZ-verpleegkundige, psycholoog, huisarts, sociaal professional, sporttrainer, docent of ouder/verzorger.
- Welk opleidingsniveau en competenties zijn vereist voor welke uitvoerders? Vermeld de vereiste beroepsopleiding, eventuele registratie (BIG bijvoorbeeld) en eventueel aanvullende ervaring, competenties en vaardigheden die nodig zijn voor een specifiek thema of doelgroep (bijvoorbeeld: motiverende gespreksvoering, creëren draagvlak binnen de organisatie, kennis over licht verstandelijke beperking, etc.).
- Welke aanvullende trainingen, cursussen etc. voor de uitvoerders zijn onderdeel van de interventie? Beschrijf daarbij ook of en voor wie deelname hieraan verplicht is (bijvoorbeeld in het kader van licentierechten of omdat het handboek alleen in combinatie met de training vrijgegeven wordt).

### Voorbeeld Alles Kidzzz

Alles Kidzzz kan alleen worden uitgevoerd door gecertificeerde trainers. Trainers beschikken over een HBO of WO-diploma op het gebied van pedagogiek of psychologie. Daarnaast moeten zij hebben deelgenomen aan het opleidingstraject dat verzorgd wordt door PI Research. Dit traject bestaat uit vier dagdelen cursus en het trainen van minimaal twee kinderen onder supervisie. Het traject wordt afgesloten met een certificaat. Jaarlijks is er een verplichte bijeenkomst voor gecertificeerde trainers, georganiseerd door PI Research, gericht op intervisie en bijscholing.

### Voorbeeld Aggressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVo)

Gecertificeerde behandelaren van ARopMaat-JoVo dienen universitair (psychologie of orthopedagogie) of hbo (sociaal-agogisch) opgeleid te zijn en hebben kennis van en ervaring met cognitieve gedragstherapie. Naast deze reguliere opleidingseisen is het voor het behoud van de programma-integriteit noodzakelijk om de driedaagse ARopMaat basisopleiding te volgen. In deze opleiding wordt eerst uitleg gegeven over het theoretische kader van ARopMaat en de wijze waarop verandering wordt gerealiseerd. Vervolgens worden de modules doorgenomen en verschillende oefeningen uitgetoetst en/of gedemonstreerd. Ook wordt de deelnemer gestimuleerd sensitiever te worden voor leerstijlen en transcultureel behandelen.

Daarnaast zijn de volgende competenties vereist:

Een ARopMaat-JoVo-behandelaar wordt op deze competenties getoetst tijdens de selectieprocedure door de instelling die de interventie uitvoert.

→ De behandelaar heeft affiniteit met de doelgroep en heeft enige ervaring opgedaan in het geven van trainingen en/of het behandelen van jongeren met ernstige agressieproblematiek;

→ De behandelaar kan een actieve (en indien nodig directieve) houding aannemen en is in staat tot responsief behandelen. Hierbij zijn sensitiviteit, geduld en doorzettingsvermogen relevant;

→ De behandelaar beschikt over voldoende gesprekstechnieken en kan in voldoende mate geëigende motivatietechnieken toepassen, waaronder valideren (o.a. tonen van empathie);

→ De behandelaar kan zijn/haar eigen waardeoordeel opschorten als dit nodig is om te voorkomen dat de jongere zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met een antisociale denkwijze;

→ Ervaring in het toepassen van dramatherapeutische technieken is een pre. Mocht dit niet het geval zijn, dan is het belangrijk om na te gaan of een behandelaar geen problemen heeft met het doen van rollenspelen en andere doe-opdrachten.

#### **Kwaliteitsbewaking** – max 200 woorden

*Op welke manier bewaak je als interventie eigenaar de kwaliteit van de inhoud en de uitvoering van de interventie? Denk bijvoorbeeld aan registratie en evaluatie, onderhoud, borging en/of licenties.*

*Hoe zijn de verantwoordelijkheden verdeeld tussen interventie eigenaar en eventuele uitvoerders?*

Toelichting:

- Hoe wordt bijgehouden of de interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld? Bijvoorbeeld via registratie en evaluatie van activiteiten en resultaten (zoals Routine Outcome Monitoring), certificering, licenties, training, instellen van een stuurgroep, jaarlijkse terugkomdag met evaluatiemoment.
- Worden de ervaringen in de praktijk en eventuele nieuwe wetenschappelijke inzichten verwerkt om de kwaliteit te verbeteren? Beschrijf kort hoe dat gebeurt.
- Wat wordt gedaan en door wie? Wie is waar verantwoordelijk voor?
- LET OP: De uitkomsten van de registratie/evaluatie kun je beschrijven in Hoofdstuk 4.1 (Onderzoek naar de uitvoering).

#### **Voorbeeld Alles Kidzzz**

*Kwaliteitsbewaking individuele trajecten:*

De trainer maakt na de training een verslag voor ouders en school. Ouders en leerkracht vullen een tevredenheidslijst in. Verslag en tevredenheidslijst worden besproken tijdens de eindevaluatie. De instelling waar de trainer werkt bespreekt deze gegevens tijdens functioneringsgesprekken (kwaliteitsbewaking professionals).

*Kwaliteitsbewaking effectiviteit:*

De leerkracht vult voorafgaand aan en na de training een Routine-Outcome-Monitoring in. Deze formulieren worden landelijk centraal verzameld. Op basis van deze metingen wordt continu nagegaan in hoeverre de doelgroep bereikt en geïncorporeerd wordt (bereik), de interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld (behandelintegriteit) en de interventie zijn effectiviteit voor verschillende subgroepen (effectiviteit) in de dagelijkse praktijk behoudt. Een voorbeeld van wat er met deze gegevens wordt gedaan, is te lezen in Stoltz, van Londen, ten Brinke en Dekovic, (2018).

*Kwaliteitsbewaking via intervisie:*

Gecertificeerde trainers worden geïnformeerd over ontwikkelingen en concrete handvatten voor uitvoering en implementatie via nieuwsbrieven en de verplichte jaarlijkse bijscholings/intervisiebijeenkomst.

*Kwaliteitsbewaking vanuit PI Research:*

Tot 2022 was er een Stichting Alles Kidzzz die tot doel had de kwaliteit van Alles Kidzzz te bewaken. Op initiatief van deze stichting en met ondersteuning van ZonMw is in 2020/2021 een onderzoek gedaan naar een toekomstbestendige manier om Alles Kidzzz door te ontwikkelen en te borgen. Dit heeft geresulteerd in een advies, waarna de Stichting Alles Kidzzz heeft besloten de opleiding, doorontwikkeling en borging van Alles Kidzzz onder te brengen bij PI Research.

PI Research onthoudt structureel contact met alle uitvoerders van Alles Kidzzz en zorgt ervoor dat nieuwe ontwikkelingen ook daadwerkelijk door de trainers geïmplementeerd worden.

### Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVo)

De kwaliteit van het programma wordt bewaakt door zorg te dragen voor de volgende onderdelen/handelingen:

1. Per inrichting / instelling wordt een programmaverantwoordelijke (PV) aangesteld die verantwoordelijk is voor de programma-integriteit. De PV volgt jaarlijks minimaal twee PV-dagen en krijgt naar behoefte begeleiding van de ontwikkelaar;
2. Behandelaren voldoen aan de gestelde opleidings- en competentie-eisen (zie vorige kopje). Zij krijgen na het volgen van de basisopleiding een certificaat dat twee jaar geldig is. Dit certificaat wordt verlengd door de ontwikkelaar als de behandelaar jaarlijks een booster heeft gevolgd en voldoet aan de voorwaarde omtrent de caseload (zie randvoorwaarden);
3. De PV verzorgt het eerste jaar elke twee weken één uur intervisie om zo de nodige ARopMaat-methoden te verbeteren en te onderhouden. Na een jaar wordt dit eens per maand aangeboden (dan anderhalf uur). Behandelaren zijn verplicht deze intervisie te volgen;
4. De PV biedt naast intervisie eens in de twee weken werkbegeleiding aan als hier behoefte aan is bij de behandelaar; De PV kan 'meekijken' tijdens behandelsessies of vragen om het maken van video-opnames die tijdens intervisie/werkbegeleiding worden getoond. Een jongere dient hier wel toestemming voor te geven;
5. Door te voldoen aan de caseload (zie voorwaarden) wordt de ARopMaat-behandelaar gestimuleerd om zijn kennis en deskundigheid te vergroten en kwalitatief te verbeteren;
6. ARopMaat-JoVo wordt aangeboden aan jongeren voor wie dit daadwerkelijk is geïndiceerd;
7. Tijdens het aanbieden van ARopMaat-JoVo wordt de behandeling gemonitord aan de hand van een vierwekelijkse behandelvaluatielijst en een eind-evaluatielijst, zodat gecontroleerd kan worden of voldaan wordt aan de meest essentiële methoden en technieken. Deze lijsten worden door zowel de behandelaar als de jongere ingevuld. Aan jongeren wordt specifiek gevraagd wat zij van het programma vinden.

### Randvoorwaarden – max 200 woorden

*Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?*

Toelichting:

- Organisatorische randvoorwaarden zijn de vereiste voorwaarden op het niveau van de uitvoerende organisatie. Denk bijvoorbeeld aan draagvlak bij uitvoerende professionals, werkbegeleiders, managers en directie; mogelijkheden tot samenwerking en overleg; geld; tijd; de beschikbaarheid of indeling van ruimtes.
- Contextuele randvoorwaarden zijn de vereiste voorwaarden op het niveau van de sociale, politieke of culturele setting waarin de interventie wordt uitgevoerd. Denk bijvoorbeeld aan de demografische samenstelling van een wijk waarin de interventie wordt uitgevoerd (geletterdheid, inkomen, culturele normen en waarden en toegang tot media en voorzieningen), verkeersveiligheid, openbare faciliteiten of aan belangen van stakeholders.

### Voorbeeld Alles Kidzzz

*De organisatorische randvoorwaarden zijn:*

- De interventie dient uitgevoerd te worden door een gecertificeerde trainer op school.
- Organisatorisch is het belangrijk dat de school de interventie ondersteunt door het beschikbaar stellen van een rustige en geschikte ruimte om gesprekken te voeren en activiteiten uit te voeren waarbij trainer en kind kunnen bewegen. Het is belangrijk dat er geen anderen zijn die gebruik maken van deze ruimte.
- De financiering van de training wordt meestal geregeld vanuit de gemeente en soms via een schoolbestuur.
- De trainer laat vooraf en na afloop het ROM-formulier invullen door de leerkracht en stuurt dit formulier naar de landelijke onderzoek coördinator.
- De trainer gebruikt het kindermapje en de formulieren voor het wekelijks informeren van ouders en leerkrachten en communiceert wekelijks met ouders en leerkracht.

*De contextuele randvoorwaarden zijn:*

- De leerkracht nomineert het kind en vult vooraf en achteraf het ROMEvaluatieformulier in.

- Het kind dient problematisch externaliserend gedrag te vertonen, wat via het invullen van het ROM-formulier door de leerkracht gecheckt kan worden.
- Het is belangrijk dat de leerkracht actief participeert en via het wekelijkse bericht reageert.
- Het is belangrijk dat de ouders instemmen met het uitvoeren van de interventie en dat zij bereid zijn de geplande bijeenkomsten bij te wonen.

#### Voorbeeld Aggressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO)

Om de interventie op een goede manier uit te kunnen voeren, is het nodig dat de inrichting ervoor zorgt dat bij alle medewerkers voldoende kennis is over de interventie en dat er voldaan wordt aan onderstaande randvoorwaarden:

1. Per instelling zijn minimaal twee AR-behandelaren actief;
2. De AR-behandelaren voldoen aan de minimale eis om twee tot drie jongeren per week een ARopMaat variant aan te bieden;
3. De AR-behandelaren dienen voldoende indirecte tijd (zie paragraaf over de kosten) te krijgen voor het afstemmen met de ketenpartners en andere relevante betrokkenen;
4. De PV registreert naar verhouding meer indirecte uren en besteedt twee uur per week tijd aan het verrichten van ondersteunende werkzaamheden, zoals het begeleiden van beginnende AR-behandelaren (naast de intervisie), het zorgdragen voor de (interne) PR, het laten invullen van nul- en eindmetingen en evaluatieformulieren (ROM-en);
5. De behandelingsruimte moet groot genoeg zijn om met de behandelaar(s) en jongere(n) rondom tafels te kunnen zitten. Dit is vooral een issue als het gaat om het groepsonderdeel. Daarnaast moet ruimte zijn voor het doen van de verschillende doe-oefeningen. Als de behandeling thuis bij de jongere wordt aangeboden of op een andere locatie dan de poli, zijn er minder eisen. Wel moeten er dan afspraken gemaakt worden over het realiseren van een 'rustige plek' zonder de zorg voor eventuele jongere broertjes of zusjes/eigen kinderen;
6. Er is een tablet aanwezig om filmmateriaal op te kunnen bekijken en op te nemen;
7. Voor elke deelnemer is er werkmateriaal (de modules) aanwezig voor het geval de jongere dit gebruikt;
8. De behandelaar maakt gebruik van ondersteunende producten die aanwezig dienen te zijn. Het gaat om een fysio-bal, een gewone bal, gevoelswereldspel, kwaliteitenspel, vaardighedenspel, opvoedspel en relatie spel. Daarnaast enkele gezelschapsspelen, waaronder Jenga en vieropeenrij.

#### Implementatie – max 300 woorden

*Op welke wijze wordt de interventie geïmplementeerd? Bijvoorbeeld via een implementatieplan of -protocol of begeleiding bij de invoering van de interventie. Geef een samenvatting van de stappen die men dient te doorlopen.*

*Beschrijf ook - indien van toepassing - op hoofdlijn eventuele lokale varianten of aanpassingen die voorkomen bij uitvoering in de lokale context, bijvoorbeeld in de werving, locatie etc.*

Toelichting:

- Als een instelling of organisatie besluit de interventie in het aanbod op te nemen, of als de interventie landelijk uitgerold wordt, is dan duidelijk hoe de interventie geïmplementeerd kan worden? Hiervoor moeten de volgende punten helder zijn.
- Hoe kunnen organisaties bekend raken met de interventie? Als zij de interventie willen uitvoeren, met wie kunnen ze dan contact opnemen?
- Als een organisatie de interventie wil uitvoeren, welke stappen dienen dan doorlopen te worden? Bijvoorbeeld, afsluiten van een licentie overeenkomst, volgen van een training, aanschaf van materialen, etc.
- Bij uitvoering van de interventie op andere plekken in Nederland: hoe faciliteer je dat? Is er een systeem om lokale implementatie landelijk te ondersteunen, zoals een helpdesk of contactpersoon? Is er de mogelijkheid om expertise in te huren?
- Het is belangrijk dat een interventie aangepast kan worden om aan te sluiten bij de lokale context. Het is daarom goed als er – tot op zekere hoogte – aanpassingen gedaan kunnen worden in de uitvoering. Beschrijf, indien bekend, welke aanpassingen voorkomen bij lokale uitvoeringen van de interventie op verschillende plekken in Nederland, bijvoorbeeld in de werving, locatie, invulling of volgorde van bijeenkomsten etc.

### Voorbeeld Alles Kidzzz

Organisaties die Alles Kidzzz willen aanbieden, worden ondersteund door een landelijke ondersteuningsstructuur (zie kwaliteitsbewaking). Contactpersonen vanuit een aantal uitvoerende organisaties hebben enkele keren per jaar overleg over de lokale implementatie, ontwikkelingen in het veld en gezamenlijke initiatieven. Nieuwe organisaties worden ondersteund door uitvoerders uit dezelfde regio, bijvoorbeeld door het aanbieden van werkbezoeken en implementatiematerialen. Landelijk wordt de implementatie ondersteund met materialen die lokaal benut kunnen worden.

### Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO)

*Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:*

Op het moment dat een instelling interesse toont in ARopMaat-JoVo voert de ontwikkelaar een gesprek waarin uitleg wordt gegeven over de aard van het programma. Als blijkt dat het aanbod passend is, wordt er getoetst of het voor een instelling haalbaar is om zowel aan de randvoorwaarden te voldoen als aan het verrichten van de noodzakelijke acties om de kwaliteitsbewaking te waarborgen. Er wordt geïnventariseerd wat hiervoor nodig is en welke obstakels eventueel overwonnen moeten worden. Specifieke aandacht wordt ook besteed aan de interne PR, zodat er op tijd voorlichtingspresentaties gegeven worden aan verschillende functiegroepen. De behandelaren krijgen een basisopleiding aangeboden en worden op die manier verder op weg geholpen. De PV krijgt in een dagdeel apart uitleg van de hoofdontwikkelaar over zijn taken en verantwoordelijkheden.

*Ondersteuning tijdens de opstartfase:*

De interventie kan vrij gemakkelijk worden aangeboden door behandelaren als zij de basisopleiding hebben gevolgd en voldoen aan de competentie- en opleidingseisen. Zij beschikken dan immers al over enige behandelervaring, bovendien bieden de modules en de handleidingen voldoende houvast. In de opstartfase is het echter wel essentieel dat de PV vaker werkbegeleiding aanbiedt en dat er tweewekelijks intervisie plaatsvindt, zodat de AR-behandelaar het materiaal voldoende leert kennen en kan toepassen. In deze periode is er rekening gehouden met extra begeleiding vanuit de ontwikkelaar aan de programmaverantwoordelijke voor het beantwoorden van vragen. Ook is de derde opleidingsdag pas na drie maanden, zodat er ook aandacht kan worden besteed aan de vragen en ervaringen die tot dan toe zijn opgedaan door de behandelaren.

### Kosten – max 200 woorden

*Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (inclusief aantallen uren) en de materiële kosten. Geef ook aan welke kosten eenmalig zijn en welke kosten structureel zijn.*

Toelichting:

Het gaat hier om de totale kosten of de belangrijkste kostenposten voor de uitvoering van de interventie. Werk met een tabel of schema waarin de kosten goed inzichtelijk zijn.

- Wat zijn de personele kosten (inclusief aantallen uren) en wat zijn de materiële kosten?
  - Personele kosten: wie binnen de eigen organisaties is hoeveel uren kwijt aan de werving, ondersteuning, uitvoering en kwaliteitszorg van de interventie? Geef indien mogelijk ook het bedrag in euro's op basis van een uurtarief.
  - Materiële kosten: denk hierbij aan benodigde materialen, zaalhuur, de kosten voor het inhuren van personeel van buiten, training, communicatie/PR, werving, eventuele kosten voor licentie of registratie.
- Wat zijn de eenmalige kosten en wat zijn de structurele kosten?
  - Eenmalige kosten: denk bijvoorbeeld aan de aanschaf van materialen of het volgen van een training.
  - Structurele kosten: Denk bijvoorbeeld aan kosten bij uitvoering op meerdere locaties of bij herhaling van de interventie.
- Variëren de kosten per uitvoering? Geef dan een representatief voorbeeld of gemiddelde.



### Voorbeeld Alles Kidzzz

De uitvoeringskosten verschillen per organisatie en gemeente, afhankelijk van de arbeidskosten van de uitvoerend medewerker en het al dan niet opgenomen zijn van overhead en reiskosten. Indien er verschillende trainingen op dezelfde dag op dezelfde school uitgevoerd worden, kunnen de kosten lager zijn. De trainer investeert minimaal 13 uur aan de daadwerkelijke directe uitvoering: 8 individuele sessies met het kind; 3 gezamenlijke sessies met het kind, de ouders en de leerkracht en 2 voor- en nabesprekingen met de IB-er. Voor de voorbereiding en verslaglegging wordt eveneens 13 uur gerekend. Totale investering: 26 uur. Bij enkele organisaties wordt vanwege participatie in zorgteams of overleg met verwijzers 35 uur per interventie gerekend. De reistijd naar de school is hierbij niet inbegrepen.

#### *Kosten materiaal:*

Kindermap (structureel): € 60 (of indien per 6 besteld: € 235,80).

<https://www.piresearch.nl/producten/alles-kidzzz/professionals>

#### *Kosten opleiding (inclusief supervisiebijeenkomsten):*

PI Research: € 700,00 (2023)

### Voorbeeld Aggressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVo)

Totale tijdsinvestering (personele kosten) van een ARopMaat-behandelaar per jongere

Behandelduur = 50% directe tijd X 50% indirecte tijd (zoals voorbereiding, verslaglegging, evalueren, intervisie, overdracht en afstemming met eventuele behandelcoördinator/regiebehandelaar, medebehandelaars, ketenpartners, groepsleiding, docenten, verwijzers (reclassering), etc. = ....

*Uit onderzoeksgegevens bleek dat jongeren in een residentiële setting gemiddeld genomen 102 minuten per keer behandeling kregen aangeboden voor een periode van 47 weken. Per instelling zal er met een ander uurloon berekend worden. Stel dat er uitgegaan wordt van een uurloon in loondienst van 50 euro bruto met alle werkgevers lasten, komt het neer op een bedrag van:  $1,7 (102 \text{ minuten}) \times 47 \times 50 \text{ euro} \times 1,75 = 6991,25$ .*

Bij de ambulante versie werd uit de onderzoeksgegevens duidelijk dat een ARopMaat-behandelaar gemiddeld genomen 48,3 weken behandeld met een intensiteit van 1,2 uur per week. Het gaat dan om een bedrag van 13.331 euro, uitgaande van een uurtarief van 115 euro (tarief dat geldt bij de hoog-gespecialiseerde ambulante GGZ). Hierbij is uitgegaan van 50% indirecte tijd. Er komt nog een bedrag bij in verband met de nazorgfase. Dat gaat gemiddeld genomen om circa 1725 euro.

#### Extra tijdsinvestering programmaverantwoordelijke (PV):

Een PV besteedt naast de kosten die gemaakt worden als behandelaar van deze interventie gemiddeld twee uur per week aan extra taken die niet declarabel zijn. Denk aan het zorgdragen voor werkbegeleiding en intervisie (als het niet specifiek gerelateerd is aan een jongere) en PR (tenzij dit door een teamleider wordt gedaan). De tijd zal minder zijn/worden als er met ervaren behandelaars wordt gewerkt.

#### Kosten opleiding

Het kost 450 euro (exclusief btw) per persoon om iemand te certificeren in ARopMaat-JoVo. Er kan ook een incompany opleiding worden aangeboden. Deze kost 3750 euro (exclusief btw). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de opleiding (hoofdontwikkelaar of andere opleider die hiertoe bevoegd is) door één opleider wordt aangeboden aan een groep die niet groter is dan twaalf personen.

De behandelaar die de opleiding volgt is dan drie dagen kwijt (uit de productie door het volgen van deze opleiding). Daarna gaat het jaarlijks om het volgen van een booster. Dit kost per groep 1150 euro (exclusief btw) of als er aangesloten wordt bij een reguliere training voor diverse instellingen 150 euro per persoon (exclusief btw).

#### Kosten materiaal

Er dient rekening te worden gehouden met de kosten voor het vervaardigen van de modules (dit doet de instelling zelf, aangezien het materiaal digitaal wordt aangeleverd), het aanschaffen van de meetinstrumenten en enkele tablets om filmfragmenten te laten zien en rollenspelen op te nemen (zie randvoorwaarden).

### 3. Onderbouwing

Algemene toelichting:

- In de onderbouwing maak je aannemelijk dat je interventie voor de gekozen doelgroep en eventuele subdoelgroepen werkt. Je beargumenteert waarom de (sub)doelen van de interventie bereikt kunnen worden met de gekozen aanpak.
- Een onderbouwing is een samenhangend verhaal dat nauw aansluit op de eerder beschreven (sub)doelen, doelgroep en aanpak. In de onderbouwing wordt de samenhang zichtbaar tussen het vraagstuk of probleem, de factoren van invloed, de aanpak en doelen.
- Maak gebruik van literatuur. Gebruik hiervoor recente bronnen, liefst niet ouder dan 10 jaar. Dit mogen wetenschappelijke publicaties zijn, maar er mag ook gebruik worden gemaakt van zogenaamde grijze literatuur zoals onderzoeksrapporten en afstudeerscripties. Ook eigen (proces)evaluaties zijn toegestaan.
- LET OP: Lees voordat je start met schrijven van de onderbouwing eerst onderstaande informatie en de voorbeelden volledig door.

**Vraagstuk of probleem** – max 400 woorden

*Voor welk vraagstuk of probleem is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, omvang, spreiding en eventuele gevolgen.*

Toelichting:

Je begint hier al met het aanbrengen van samenhang. Het vraagstuk of probleem dat je hier beschrijft:

- is min of meer het spiegelbeeld van het hoofddoel (Hoofdstuk 1.2) én
- is van toepassing op de geformuleerde doelgroep (Hoofdstuk 1.1) én
- kan verminderd, opgelost of voorkomen worden met de in Hoofdstuk 1.3 beschreven aanpak.

Baseer je tekst op enkele literatuurbronnen en benoem de bronnen in Hoofdstuk 6 'Aangehaalde literatuur'. Maak zoveel mogelijk gebruik van actuele landelijke cijfers (zie weblinks hieronder).

- *Aard:* Beschrijf de aard en de kenmerken van het vraagstuk of probleem.
- *Omvang:* Geef een (indicatie van) de omvang van het vraagstuk of probleem bij de uiteindelijke doelgroep.
- *Spreiding:* Speelt het vraagstuk of probleem bijvoorbeeld vaker in sterk stedelijke gebieden of in bepaalde regio's? Zijn er verschillen bekend in de aard of omvang voor een bepaalde groep of groepen? Denk hierbij bijvoorbeeld aan opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, etniciteit of taal.
- *Gevolgen:* Wat zijn de eventuele gevolgen als er nu niet wordt ingegrepen? Het gaat daarbij zowel om materiële als immateriële gevolgen, zowel voor de doelgroep als voor de maatschappij.

Wanneer je zoekt naar cijfers of actuele informatie, kijk dan eens op:

- [www.vzinfo.nl](http://www.vzinfo.nl) voor cijfers over volksgezondheid en zorg
- [www.regiobeeld.nl](http://www.regiobeeld.nl) voor regionale cijfers over gezondheid, zorg en welzijn
- [www.cbs.nl](http://www.cbs.nl) voor maatschappelijke informatie
- [www.scp.nl](http://www.scp.nl) voor informatie op sociaal en cultureel terrein
- [www.nji.nl](http://www.nji.nl) voor informatie over jeugd en opvoeding
- [www.movisie.nl](http://www.movisie.nl) voor informatie over sociale vraagstukken
- [www.kenniscentrumsportenbewegen.nl](http://www.kenniscentrumsportenbewegen.nl) voor informatie over sport en bewegen
- [www.sportenbewegenincijfers.nl](http://www.sportenbewegenincijfers.nl) voor cijfers over sport en bewegen
- [www.pharos.nl](http://www.pharos.nl) voor informatie over gezondheidsverschillen
- [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl) voor informatie over mentale gezondheid en middelengebruik
- [www.vilans.nl](http://www.vilans.nl) voor informatie over ouderen- en gehandicaptenzorg
- [www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl) voor informatie over verpleging, verzorging en zorg thuis voor ouderen
- [www.kennispleingehandicaptensector.nl](http://www.kennispleingehandicaptensector.nl) voor informatie over de gehandicaptenzorg

Of neem contact op met bijvoorbeeld de GGD of de gemeente voor regionale cijfers.

## Voorbeeld Alles Kidzzz

### *Probleem*

Allles Kidzzz is ontwikkeld voor kinderen van 9–12 jaar met een verhoogde mate van externaliserend probleemgedrag.

### *Aard*

Achenbach (1991) verdeelt externaliserend probleemgedrag in agressief gedrag, zoals vechten en pesten en regel-overschrijdend gedrag zoals stelen en spijbelen. Agressief gedrag kan bestaan uit enerzijds reactieve agressie, gedefinieerd als impulsieve agressieve reacties op veronderstelde bedreigingen of provocaties door anderen en anderzijds proactieve agressie, die instrumenteel is en doelgericht (Dodge, 1991). Deze beide vormen van agressie komen los van elkaar voor, maar ook in combinatie, en hebben waarschijnlijk verschillende oorzaken en gevolgen, waardoor een individuele interventie op maat vereist is (Barker, Tremblay, Nagin, Vitaro & Lacourse, 2006).

### *Spreiding, verloop, ernst en gevolgen*

Bij kinderen in de basisschoolleeftijd komt externaliserend probleemgedrag frequent voor (2-16%; Dishion & Patterson, 2006). Leerkrachten kunnen kinderen met een hoog risico op externaliserend probleemgedrag al bij de start van de basisschool identificeren.

Agressie en opstandig gedrag als ongehoorzaam zijn en zwakke pro-sociale vaardigheden bij schoolentree voorspellen latere gedragsproblemen en moeite met sociale aanpassing (Schaeffer et al., 2006). Terwijl de gemiddelde frequentie afneemt tussen 4 en 9 jaar (Campbell et al, 2006; Prinzie, Onghena, & Hellinckx, 2005), blijft bij een kleine groep kinderen (5-10 %) het probleemgedrag relatief stabiel en voorspelt uitkomsten als antisociaal en delinquent gedrag in de adolescentie (Broidy et al., 2003; Schaeffer et al., 2006) en het ontwikkelen van een gedragsstoornis. Een gedragsstoornis geeft in de volwassenheid een verhoogd risico op andere psychiatrische stoornissen als verslaving, angst- en stemmingsstoornissen (Nock, Kazdin, Hiripi & Kessler, 2006). Fysieke agressie is bij een kleine groep persistent: op de leeftijd van 10-12 jaar is de kans op blijvende agressie groot (Broidy et al, 2003).

### *Maatschappelijke en economische gevolgen*

Daarnaast lopen klasgenoten van kinderen die agressief gedrag vertonen risico op toename van agressief en antisociaal gedrag en depressief gedrag, wanneer zij blootgesteld zijn aan agressie van een klasgenoot (Hanish, Martin, Fabes, Leonard & Herzog, 2005; Snyder, Horsch & Childs, 1997). De maatschappelijke economische kosten bij niet-ingrijpen op 10-jarige leeftijd zijn 18 jaar later 10 keer hoger voor kinderen met een verhoogd niveau van antisociaal gedrag (Scott et al., 2001).

### *Relevantie van interventie*

De slechte prognose en hoge kosten bij niet-ingrijpen bij basisschoolkinderen met verhoogde mate van externaliserend probleemgedrag enerzijds en de positieve effecten van geïndiceerde preventieve interventies in de schoolcontext blijken internationale meta-analyses anderzijds, legitimeren de inzet van een individuele preventieve training op maat als Alles Kidzzz (Van Londen, Dekovic, Kruuk, Mathot, Orobio de Castro & Prinzie, 2007).

## Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO)

### *Probleem*

ARopMaat-JoVo is bedoeld voor jongeren en jongvolwassenen met ernstige agressieproblematiek. Bij adolescenten die agressief gedrag vertonen, wordt onderscheid gemaakt tussen agressief gedrag dat in de vroege kindertijd begint, niet vanzelf stopt en lastig behandelbaar is, en agressief gedrag dat tijdens de adolescentie begint en daarna geleidelijk afneemt. De eerste vorm wordt Life Course Persistent (LCP) of chronische agressie genoemd, de tweede vorm Adolescence Limited agressie (Aguilar et al., 2000 en Moffitt et al., 2002). Chronische agressie is van toepassing bij de ARopMaat-JoVo doelgroep, deze vorm gaat relatief vaak gepaard met psychische problemen en verschillende criminogene risicofactoren waaronder problematische middelengebruik en gedragsstoornissen of persoonlijkheidsproblematiek (e.g., Agnew-Blais et al., 2016; Brand, a'Campo & Van den Hurk, 2013; Bonta & Andrews, 2017).

### *Specifieke kenmerken gericht op ernst, spreiding en prevalentie*

Het aantal geregistreerde minderjarige verdachten, waaronder van gewelddelicten, is in 2019 voor het eerst in tien jaar weer gestegen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020). Onbehandelde jongeren en

(jong)volwassenen die een (gewelds)delict hebben gepleegd recidiveren na twee jaar met ca. 31% (Laan & Goudriaan, 2016). Het recidivepercentage is echter veel hoger bij jongeren en jongvolwassenen die detentie opgelegd hebben gekregen, het gaat dan om circa 59% (Weijters et al., 2017). Bij jongeren die een maatregel Plaatsing in een Inrichting voor Jongeren (PIJ-maatregel) opgelegd hebben gekregen, gaat het zelfs om 78% binnen twee jaar (Mulder et al., 2011). Het aanbieden van een effectieve behandeling gericht op het verminderen van geweldsrecidive is dus essentieel, aangezien bij een substantieel deel van deze groep sprake is van agressieproblematiek.

Agressie is één van de meest voorkomende gedragsproblemen bij adolescenten (e.g., Blake & Hamrin, 2007; Stevens et al., 2018). Uit onze onderzoeksgegevens blijkt dat bij ongeveer 80% van de jongeren die in aanmerking komen voor AROPMaat-JoVo in een residentiële setting het agressieve gedrag gerelateerd is aan een gedragsstoornis. Bij ca. 50% gaat het om een normafwijkende gedragsstoornis, terwijl dit bij ongeveer 5,6% van de Nederlandse jongeren vanaf 13 jaar voorkomt. Bij de ambulante setting gaat het om circa 53%, bij 17% ging het om een antisociale persoonlijkheidsstoornis. De AROPMaat-JoVo-doelgroep bestaat zowel uit Nederlandse jongeren als jongeren van verschillende etnische afkomst, in het bijzonder Surinaams, Antilliaans, Marokkaans en Turks.

#### *Gevolgen*

Het plegen van geweldsdelicten heeft grote materiële en immateriële gevolgen voor de maatschappij. Niets doen aan externaliserende gedragsproblemen bij jongeren, betekent dat de kans op terugval hoog is. Als het gedrag niet verandert, is de kans groot dat de problemen blijven bestaan of zelfs erger worden, ook als de jongere volwassen is (Garrido & Morales, 2007; Laan & Goudriaan, 2016; Schubert et al., 2012; Wartna et al., 2014). Antisociaal gedrag heeft ook (grote) gevolgen voor de slachtoffers, bovendien leidt het tot hoge maatschappelijke kosten (Cohen & Piquero, 2015; Kuklinski, 2015; Welsh et al., 2015). Tegenwoordig wordt niet alleen gekeken naar de gemaakte schade, de proceskosten en kosten met betrekking tot het uitvoeren van een straf, maar ook naar de maatschappelijke impact door het verlies van kwaliteit van leven bij slachtoffers. Zo leidt het tot meer traumagerelateerde klachten, angststoornissen en vermijdingsgedrag (Cohen & Piquero, 2015).

#### **Factoren van invloed** – max 400 woorden

*Welke factoren veroorzaken het vraagstuk of probleem? Welke factoren werken juist beschermend?*

Toelichting:

- Een analyse van het vraagstuk of probleem is nodig om goed te kunnen onderbouwen *hoe* het vraagstuk of probleem kan worden beïnvloed.
- Beschrijf welke factoren (determinanten) het vraagstuk of probleem veroorzaken, in stand houden, verergeren en/of verbeteren. Met andere woorden: beschrijf de beschermende factoren en risicofactoren die met het vraagstuk of probleem samenhangen.
- Om de factoren in kaart te brengen, kan gebruik gemaakt worden van een theoretisch model. Wanneer wordt gekozen voor een model, zorg ervoor dat:
  - het model aansluit bij de gekozen aanpak
  - het model van toepassing is op het specifieke vraagstuk en de doelgroep van de interventie
  - het model een logisch vervolg of logische plaats krijgt in de paragraaf Verantwoording (zie hieronder). Hiermee breng je samenhang aan in de interventiebeschrijving.
- LET OP: Geef een globaal overzicht van alle factoren van invloed. Dit kunnen ook factoren zijn waar de interventie geen invloed op heeft. Pas in de paragraaf hierna (bij 'Aan te pakken factoren') geef je aan op welke factoren de interventie ingrijpt.

### Voorbeeld Alles Kidzzz

Risicofactoren voor externaliserend probleemgedrag:

#### 1) Kind-gebonden:

Moeilijk temperament en lage cognitieve capaciteiten (Moffitt & Caspi, 2001), lage impulscontrole (Nigg & Huang-Pollock, 2003), onveilige gehechtheid (Kochanska & Kim, 2012) en persoonlijkheid (Prinz et al, 2005).

#### 2) Gezinsfactoren:

Armoede (Lage SES) en eenoudergezin (Moffitt & Caspi, 2001), inconsistente en harde discipline in opvoeding (Patterson et al, 1992) en kindermishandeling (Caspi et al., 2002; Tremblay et al, 2004). Patterson vond longitudinale interacties in tijd tussen de mate van agressie bij het kind en de opvoedingskwaliteiten bij de ouder: reciproke dwingende (coercieve) interacties leiden tot toename in agressie.

#### 3) Factoren van schoolcontext:

Deviante omgang met leeftijdgenootjes op de basisschool (Bandura, 1973; Dishion, 2014; Snyder et al., 2010) en de negatieve relatie met leerkrachten (Roorda et al, 2014).

#### 4) Invloed van peers:

Dishion en collega's (2014; 2006) onderzochten de invloed van deviante interacties met leeftijdgenoten (peers) waarbij ze een cascade (Dodge, Greenberg & Malone, 2008), een aaneenschakeling, vonden vanuit een dwingende opvoeding vanuit ouders naar deviante interactie met leeftijdgenoten tot lidmaatschap van een gewelddadige bende en jong ouderschap. Kinderen nemen deviante interactiepatronen vanuit hun gezinscontext mee naar interacties met leeftijdgenootjes aan het begin van de basisschool (Dishion, 2014).

#### 5) Sociale-Informatie-Verwerking:

Een verklarende theorie voor de etiologie van agressief gedrag is de socialeinformatie- verwerkingstheorie (Social Information Processing, SIP; Dodge, 1986). In dit model wordt gedrag beschouwd als het resultaat van zes mentale stappen: (1) coderen van signalen, (2) interpretatie van deze signalen, (3) doelen stellen, (4) constructie van een gedragsreactie, (5) besluit over de reactie en (6) het uitvoeren van de geselecteerde reactie. Kinderen die agressief gedrag vertonen hebben problemen in hun SIP (Crick & Dodge, 1994; Dodge, 1986). In de fase van het coderen van signalen richten zij hun aandacht en ogen op andere signalen in sociale situaties dan leeftijdgenoten (Horsley, Orobio de Castro & van der Schoot, 2010). Wanneer ze geprovoceerd worden in sociale situaties, interpreteren ze de bedoelingen van anderen vaak als vijandig (de Castro, Veerman, Koops, Bosch & Monshouwer, 2002), hebben consequent meer instrumentele doelen en minder doelen die op behoud van een positieve relatie gericht zijn. Ze genereren minder pro-sociale oplossingen en zijn meer geneigd om juist een agressieve oplossing te kiezen. Daarbij kennen kinderen die reactieve agressie laten zien vaker vijandige attributies toe aan de ander in sociale situaties, terwijl kinderen die proactief agressief gedrag vertonen juist meer positieve waardering toekennen aan agressieve reacties (Crick & Dodge, 1994; De Castro, Merk, Koops, Veerman & Bosch, 2005).

### Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO)

De criminogene risicofactoren die kunnen leiden tot het ontwikkelen van agressief gedrag worden verklaard vanuit het transactionele ontwikkelingsmodel (Sameroff & Fiese, 2000). De theorie is gebaseerd op de gedachte dat noch het individu noch de omgeving alleen de ontwikkelingsuitkomst bepaalt. Dit betekent dat chronische agressie volgens deze theorie het product is van een voortdurende wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving (Granic & Patterson, 2006). Kortom, chronische agressie hangt samen met een combinatie van risicovolle individuele factoren (biologische en psychologische) en sociale factoren (gezins- en omgevingsfactoren; Bonta & Andrews, 2017; Loeber et al., 2008). Er zijn dus meerdere factoren die het agressieve gedrag veroorzaken (DeWall et al., 2011). Hoe meer risicofactoren, hoe groter de draaglast wordt, tenzij er voldoende beschermende factoren aanwezig zijn om de draaglast te compenseren. Dit betekent dat het veranderingsmodel niet alleen gericht dient te zijn op het verminderen van criminogene risicofactoren, maar ook op het inzetten en optimaliseren van beschermende factoren die een positief effect hebben op de behandeling (Loeber et al., 2008).

#### Individuele kindfactoren

Het blijkt dat voornamelijk individuele risicofactoren, die betrekking hebben op iemands houding en denkwijze (cognitieve vervormingen) (Lin, 2015; Wallinius et al., 2011), direct samenhangen met delinquent gedrag en recidive bij adolescenten vanaf 14 jaar (Van der Put, et al., 2012). Verder is bekend dat ernstig probleemgedrag

in de kindertijd en daarna in de adolescentiefase zelden optreedt zonder dat genetische factoren daarin een aandeel hebben. Bij jongeren met agressieproblematiek gaat het onder andere om een tekort aan executieve functies (Koot et al., 2008; Syngelaki et al., 2009). Executieve functies zijn cognitieve processen die nodig zijn om doelgericht, efficiënt en sociaal aangepast gedrag te organiseren in nieuwe, onbekende situaties (Huizinga, 2007). Diamond (2013) verdeelt de executieve functies onder in werkgeheugen, cognitieve flexibiliteit en inhibitie. Ook leiden verstoringen in de sociale informatieverwerking (Andrews & Bonta, 2010; Crick & Dodge, 1994) tot een verhoogde kans op agressief gedrag. Zeker als er ook nog sprake is van chronische stress, waardoor de mate van zelfregulatie afneemt en impulsief en agressief gedrag wordt versterkt (Murray et al., 2014).

#### De sociale informatieverwerking (SIV)

Het sociale informatieverwerkingsproces verloopt bij jongeren met agressieproblematiek vaak inadequaat (Crick & Dodge, 1994; Van Nieuwenhuijzen et al., 2017), maar leidt ook tot een rigide wijze van probleemoplossing en het inadequaat maken van keuzes (Geurts, et al., 2018). Een tekort aan copingvaardigheden is onderdeel van executieve functies (Bell & Deater-Deckard, 2007) en belemmert eveneens het kunnen reguleren van emoties; het kunnen toepassen van oplossingen en/of adequate reacties (Van der Laan & Blom, 2006). Bij dit proces speelt de database (harde schijf) van een jongere een grote rol. De database ontstaat door een transactioneel proces en bestaat onder andere uit genetisch materiaal, de invloed van eerdere (sociale) ervaringen, de aangeleerde normen en waarden, het gevoel van eigenwaarde en aanwezige (disfunctionele) schema's (Dodge & Pettit, 2003). Grofweg komt het er op neer dat er verstoringen plaatsvinden door o.a. selectief waarnemen en disfunctionele cognities / schema's, waardoor jongeren het gedrag van de ander niet goed interpreteren. Zij interpreteren het gedrag van anderen bijvoorbeeld snel als vijandig en/of als een dreiging (Schönenberg & Justyte 2014; Miller & Johnston, 2019). De kerncognitie die vervolgens wordt aangesproken bepaalt of de jongere meer subassertief of agressief reageert (Bandura 1997). Tijdens dit proces kunnen emoties ontstaan die mede invloed hebben op de keuze die wordt gemaakt m.b.t. het vertoonde gedrag en een inadequate informatieverwerking. Ook wordt daardoor de mate waarin iemand kan nadenken over adequate oplossingsvaardigheden beïnvloed. De emotie die wordt ervaren is vaak heftiger als een jongere last heeft van stemmingswisselingen of moeite heeft om emoties te reguleren. Verder leidt een beperkte impulscontrole tot het minder goed kunnen nadenken over adequate oplossingsstrategieën (Lee et al., 2017). Bij een groot deel van AROpMaat-doelgroep is bovendien ook sprake van een tekort aan vaardigheden om assertief met conflicten om te gaan, waardoor zij ook bij deze stap ondersteuning nodig hebben.

#### Gezins- en omgevingsfactoren

Negatieve ouder-kind-interacties vergroten het risico op het ontwikkelen en in stand houden van agressief gedrag (e.g., Kawabata et al., 2011). Uit het onderzoek van Van Doorn et al., (2008) kwam bovendien naar voren dat adolescenten die veel conflicten met hun ouders rapporteerden, hogere niveaus van delinquent en agressief gedrag lieten zien dan adolescenten die aangaven weinig conflicten met hun ouders te hebben. Verder blijkt dat de kwaliteit van ouder-kind-relaties vooral tijdens de adolescentiefase samenhangt met de mate van delinquent en agressief gedrag van jongeren (Hoeve et al., 2009; Keijsers et al., 2011). Als de relatie met opvoeders slecht is en er geen positieve ondersteuning van een andere volwassen persoon aanwezig is, dan is dit een extra risicofactor (Scholte, Van Lieshout, & Van Aken, 2001) voor het ontwikkelen van gedragsproblemen, waaronder agressief gedrag.

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat het hebben van een deviante vriendengroep verband houdt met het vertonen van delictgedrag (Rakt, Weerman, & Need et al., 2005). Het hebben van een deviante vriendengroep versterkt de (al aanwezige) problematiek (Vitaro, Brendgen, & Tremblay, 2000). Delinquentie jongeren overtreden de wet zelden alleen. Co-offending is inherent aan delinquentie (met agressieproblematiek) bij jongeren, zij zijn dus gevoelig voor groepsdruk.

Fysieke mishandeling in de kindertijd is eveneens een voorspeller voor het plegen van delicten op latere leeftijd (Shin et al., 2016). Sociale factoren, zoals opgedane levenservaringen, kunnen antisociaal gedrag ook positief beïnvloeden, zoals een positieve omgang met ouders/verzorgers, leeftijdsgenoten en maatschappelijke instituties. Daarom is het nodig om in de behandeling ook in te zetten op dergelijke beschermende factoren. Een substantieel deel van de doelgroep heeft sociale uitsluiting en/of discriminatie ervaren, dit leidt tot meer boosheidsgevoelens (Fresnic & Borders, 2017; Lee & DiGiuseppe, 2018; Seidel et al., 2013) en daardoor tot meer agressief gedrag (Cheriji, Pintea, & David, 2012). Het verwerken van deze ervaringen en het op laten doen van nieuwe positieve ervaringen kan beschermend werken.

### Aan te pakken factoren – max 200 woorden

Welke van de hierboven genoemde factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

Toelichting:

- Geef een eenvoudige opsomming van de factoren die je ook daadwerkelijk met de interventie aanpakt. Je herhaalt dus eigenlijk een aantal van de bovengenoemde factoren van invloed.
- Benoem voor elk van de aan te pakken factoren, bij welk(e) subdoel(en) deze hoort. Op die manier breng je samenhang aan met de doelen. Gebruik eventueel een tabel.
- LET OP: Niet alle factoren die hierboven zijn genoemd, zijn te beïnvloeden (met een interventie). Denk bijvoorbeeld aan genetische factoren of bepaalde omgevingsfactoren zoals gezinsinkomen of ervaringen uit het verleden. Je hoeft met de interventie dan ook niet alle bovengenoemde factoren aan te pakken.

#### Voorbeeld Alles Kidzz

Alles Kidzz pakt de volgende factoren aan, gekoppeld aan de (sub)doelen:

##### A) Minder agressie en meer pro sociaal en assertief gedrag:

Door aanpakken van SIP (factor 5) via oefeningen gericht op vijandige attributies (GGGG-schema), rollenspelen en aanleren van assertieve en pro sociale reacties via De Gele Pet. De gezinscontext (factor 2) en de schoolsituatie (factor 3) worden op een positieve manier ingezet om gewenst gedrag te versterken (via het wekelijkse bericht aan ouders en leerkracht). Kinderen leren positieve (pro sociale) initiatieven te nemen naar vrienden (factor 4) via rollenspelen. Bewustwording van relatie met vrienden via Vriendencirkel.

##### B) Zelfbeeld veranderen:

Via bekrachtigen van positieve competenties (wat kind wel goed kan; via Kwaliteitenspel) stimuleert de trainer een positief zelfbeeld. Bij kinderen met onrealistisch hoog zelfbeeld via Annika en Johnny kaarten bespreken hoe leeftijdgenoten kind ervaren; bewust worden wat voor persoon ze willen worden.

##### C) Sociale cognities veranderen:

Gedrag van anderen niet negatief (vijandig) interpreteren, en geen waardering voor agressief gedrag. Sociale cognities (factor 5) worden vanuit SIP-model direct aangepakt, zodat deze gaan leiden tot gewenst gedrag. Daartoe worden via rollenspelen situaties nagespeeld en sociale cognities besproken en veranderd.

##### D) Woede beter reguleren:

Via werkvormen Woedethermometer en Stop-Denk-Doe leren kinderen hun woede (factor 1) onder controle te krijgen.

#### Voorbeeld Agressieregulatie op Maat Jong Volwassenen (ARopMaat-JoVO)

Zoals al eerder werd aangegeven wordt er ook gewerkt aan beschermende factoren die kunnen helpen om stressoren en/of risicofactoren te compenseren. In de meeste gevallen bestaan beschermende factoren uit het tegengestelde van risicofactoren. Bij ARopMaat wordt structureel gewerkt aan het versterken van beschermende factoren door de motivatie te vergroten en daarmee de leerbaarheid (het betreft het standaarddoel 1). Tegelijkertijd werkt het beschermend om het zelfbeeld te verbeteren (dit vergroot de leerbaarheid en vermindert gevoelens van stress (optionele behandeldoel 6)). Het helpt echter ook om de ervaren steun van iemand uit de omgeving te versterken (2e standaarddoel) en om opvoeders en/of groepsleiding te betrekken om het generaliseren te bevorderen (standaarddoelen 1 en 2 voor systeemleden).

De aanwezigheid van de negatieve invloed van een antisociale vriendenkring: de jongere leert in de module Assertiviteit weerbaarder te worden tegen de negatieve invloed van leeftijdgenoten. Dit is gerelateerd aan doel 7 van de standaard ARopMaat-JoVo-doelen.

Het aanwezigheid van een negatieve interactie (teveel aan conflicten en slecht contact) met opvoeder(s)/partner: dit is gerelateerd aan het optionele doel voor opvoeders en partners. Hier wordt aan gewerkt via de module Gezin in Beeld en/of Partner in Beeld.

De aanwezigheid van cognitieve vervormingen: die leiden tot negatieve emoties en/of agressief gedrag: het betreft het algemene doel 7, hier wordt via de module Invloed van het Denken aan gewerkt.

De afwezigheid van voldoende sociale vaardigheden gericht op conflicthantering (ook beschermend): het gaat om de groepsmodule en de Module Conflicthantering en het betreft het optionele doel 5 en het standaarddoel 4.

De aanwezigheid van een stoornis in de sociale informatieverwerking: er wordt gewerkt aan het verbeteren van de verschillende stappen die doorlopen worden tijdens het verwerken van sociale informatie. Dit wordt gedaan tijdens de groepsmodule, module Interpretieren en Waarnemen, module Assertiviteit, en de Module Conflictantering. Het gaat om de standaarddoelen 3 en 4 en de optionele doelen 3 en 5.

De aanwezigheid van executief disfunctioneren (vooral gericht op een beperkte impulscontrole en emotieregulatie en een tekort aan oplossingsvaardigheden): de modules Stressreductie, Impulscontrole, Beheersingsvaardigheden, en Emotieregulatie. Deze criminogene risicofactor is gerelateerd aan doel 1, 2, en 4 van de optionele doelen en de standaarddoelen 4 en 5.

**Verantwoording** – max 1000 woorden

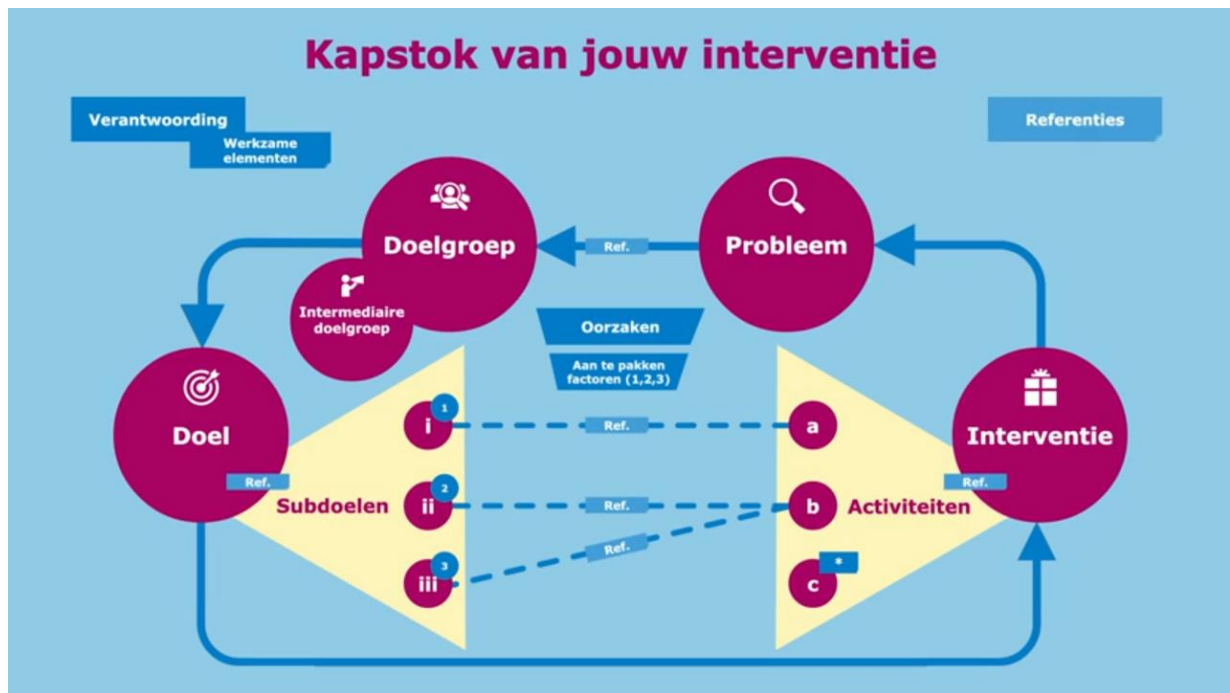
*Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de (sub)doelen bij de beschreven doelgroep en eventuele subdoelgroepen bereikt kunnen worden.*

*Verantwoord hoe de werkzame elementen (of technieken of principes) van deze interventie bijdragen aan het realiseren van de gestelde doelen. Uit de onderbouwing moet blijken dat gebruik is gemaakt van relevant onderzoek en/of een veranderingsmodel of interventietheorie.*

Toelichting:

- In deze paragraaf staat de samenhang centraal tussen de aan te pakken factoren, de (sub)doelen van de interventie, de werkzame elementen en de gekozen aanpak. Bij een goede onderbouwing sluiten deze naadloos op elkaar aan. Onderstaand figuur maakt deze samenhang inzichtelijk.
- Zorg dat duidelijk wordt welke werkwijze er gebruikt wordt om de verschillende subdoelen te bereiken. Het kan eventueel behulpzaam zijn om een tabel of figuur te gebruiken. Dus: wat doe je in de interventie om ervoor te zorgen dat het betreffende subdoel wordt behaald?
- Maak daarbij steeds aannemelijk dat de gekozen aanpak/werkwijze werkt:
  - Om de subdoelen te bereiken.  
Maak daarbij gebruik van beschikbare kennis over werkzame elementen (of technieken of principes). Laat zien welke werkzame elementen in jouw aanpak terugkomen om de aan te pakken factoren te beïnvloeden. Benoem relevant onderzoek en/of theorieën en modellen die laten zien, dat een soortgelijke aanpak werkt. Hierbij kun je ook gebruik maken van resultaten uit de procesevaluatie. Voor het niveau Effectief kun je gebruik maken van de resultaten uit het effectiviteitsonderzoek (een samenvatting van de onderzoeksresultaten geef je in Hoofdstuk 4.2).
  - Voor de (sub)doelgroepen van de interventie.  
Denk daarbij ook aan mogelijke verschillen binnen de doelgroep in bijvoorbeeld opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, etniciteit of taal.





### Voorbeeld Alles Kidzzz

Alles Kidzzz is gebaseerd op principes van cognitieve gedragstherapie en specifiek op het Sociale Informatie Proces model (Social Information Processing, SIP; Dodge, 1986; Crick & Dodge, 1994; Lemerise & Arsenio, 2000), en de sociale leertheorie van Bandura (1973): via het voordoen en oefenen van sociale situaties leert het kind ander gedrag toe te passen.

De aanpak van Alles Kidzzz als individuele maatwerk-interventie gebaseerd op sociaal-cognitieve en gedragsprincipes als werkzame mechanismen, aangeboden aan kinderen met een verhoogd niveau van externaliserende gedragsproblematiek (geïndiceerde preventie) gesignaleerd door de leerkracht en aangeboden als school-interventie kan verantwoord worden op basis van empirische kennis uit verschillende meta-analyses.

#### Resultaten uit meta-analyses:

##### • SIP-studies:

Interventies die gebaseerd zijn op het Sociale Informatie Proces (SIP)-model (Brainpower program; Hudley & Graham, 1993; Coping Power Program, Lochman & Wells, 2002) hebben verschillende gemeenschappelijke kenmerken. Ze bieden expliciet een interventie aan op een van de stappen uit het SIP-model (Crick & Dodge, 1994). Trainers leggen nadruk op cognitieve vaardigheden en geven concrete opdrachten in sociale situaties (Wilson & Lipsey, 2006). Volgens deze meta-analyse blijken deze sociaal-cognitieve interventies effectief ( $d = .26$ ;  $k = 47$  studies) in de reductie van agressief gedrag bij basisschoolkinderen met een verhoogd niveau van externaliserend gedrag. Vooral effectief bleken interventies die zich richten op kinderen met een hoger risico en die individueel aangeboden en beter geïmplementeerd waren (Wilson & Lipsey, 2007).

##### • School-interventies:

Scholen blijken uitstekende locaties voor het aanbieden van interventies omdat het alle kinderen bereikt, het acceptabel en praktisch (afspraken kunnen niet worden vergeten) is voor ouders en het precies de plek is waar het probleem zich voordoet, zodat geleerde verbeteringen sneller generaliseerbaar zijn binnen de natuurlijke omgeving van de schoolcontext (Evans, Langberg & Williams, 2003). Schoolinterventies voor externaliserend gedrag zijn in zijn algemeenheid effectief ( $k = 108$  studies,  $d = .29$ ; Wilson & Lipsey, 2007).

##### • Individuele op-maat aangeboden interventies:

Interventieprogramma's op school kunnen aangeboden worden op drie niveaus (3-Tier-model, Reinke, Splet, Robeson & Offutt, 2009): universeel als curriculum voor alle kinderen (zoals PAD en KiVA), selectief voor kinderen met een verhoogd risico en geïndiceerd voor kinderen die al probleemgedrag vertonen (Gottfredson & Wilson, 2003). Alles Kidzzz valt onder deze laatste categorie en is bedoeld voor 2-10% van de kinderen (1-4

kinderen per klas). Voor kinderen met een verhoogd risico op externaliserende problemen zijn individuele en op maat gemaakte schoolinterventies, zoals Alles Kidzzz, veelbelovend. Resultaten van een meta-analyse naar internationale studies van dit type interventies (Stoltz, van Londen, Dekovic, Orobio de Castro, & Prinzie, 2012) tonen aan dat individuele interventies effectief zijn voor kinderen geïndiceerd met externaliserend probleemgedrag. Deze individuele 'op maat' interventies zorgen voor een vermindering van externaliserend gedrag ( $d = .28$ ), een toename van pro-sociaal gedrag ( $d = .43$ ) en een verbetering in sociaal cognitief functioneren ( $d = .82$ ).

- *Niet in een groep:*

Terwijl de meeste geïndiceerde interventies bij gedragsproblemen in een groep plaatsvinden, hebben Dishion en collega's (1999) gewezen op het risico dat interventies in een groep leeftijdgenoten met dezelfde problematiek de gedragsproblemen juist doen toenemen. Kinderen met een hoog niveau van externaliserend probleemgedrag hebben geen baat bij een sociale vaardigheidstraining in groepsverband, vanwege het risico van contaminatie (besmetting van ongewenst gedrag): kinderen met deze problematiek versterken elkaar in hun ongewenste agressieve gedrag in een groepsaanbod ('deviancy training', Dishion, et al., 1999). Bovendien is het in een groep lastiger om te focussen op de specifieke behoeften en tekorten in vaardigheden van het kind.

- *Contextuele interventies:*

De training dient zowel de school als de ouders direct bij de interventie te betrekken, omdat de etiologische studies aangeven dat agressie ontstaat binnen een transactionele interactie (Patterson, 1992). Uit de meta-analyse van McCart en collega's (2006) naar interventies bij externaliserend probleemgedrag blijkt, dat bij kinderen tot 12 jaar trainingen die zich op ouders richten effectiever zijn dan trainingen die zich alleen op kinderen richten. Veel ouders van deze kinderen die agressief gedrag vertonen kiezen er voor om niet deel te nemen aan een oudertraining (Lochman, 2009; Nock & Kazdin, 2005). Ook trainers van Alles Kidzzz ervaren dat ouders voorafgaand aan een training vaak niet onderkennen dat hun kind op school meer agressief gedrag vertoont dan andere kinderen (Kruuk, persoonlijke mededeling, 2006).

De kracht van Alles Kidzzz is dat de interventie via de kindgerichte training op school ook de ouderbetrokkenheid van ouders blijkt te verhogen (Stoltz, 2012; Stoltz et al., 2013a), omdat de trainer de ouders expliciet actief, op een positieve manier en via motiverende gesprekstechnieken bij de training betreft via drie gesprekken en het wekelijkse bericht voor ouders. Ouders blijken de externaliserende problematiek op school na de training beter te onderkennen (Stoltz, 2012). Ook blijken die ouders, die bereid zijn om na de kindtraining deel te nemen aan een individuele tailor-made oudertraining (booster-interventie), beter te onderkennen dat hun kind agressief gedrag vertoont en de oudertraining blijkt vervolgens effectief om de agressie verder te verminderen (Stoltz, Van Londen, & Deković, 2015). Van de 94 kinderen waarvan de ouders uitgenodigd werden voor de booster-interventie voor ouders, deden er uiteindelijk 44 ouders mee aan deze boosterinterventie. Zij bleken van de andere ouders te verschillen in hoeveel agressief gedrag zij bij hun kind zagen na de kindinterventie (zij zagen meer agressief gedrag). Ook rapporteerden deze ouders meer ineffectief opvoedingsgedrag. Een jaar later was ook bij de groep die deelnam aan de boosterinterventie, het agressieve gedrag gedaald (en vergelijkbaar met dat van de kinderen wiens moeder niet aan de boosterinterventie wilde deelnemen). Ook het opvoedingsgedrag was vergelijkbaar met dat van de niet-deelnemende moeders, met uitzondering van de ouderbetrokkenheid. Deze was significant hoger in de groep die de boosterinterventie volgde (Stoltz, Van Londen, & Deković, 2015).

*Samengevat: legitimiteit en relevantie van Alles Kidzzz*

Allles Kidzzz bezit een aantal van de bovengenoemde kenmerken die werkzaam blijken volgens meta-analyses: Alles Kidzzz wordt binnen het reguliere onderwijs op school aangeboden aan kinderen met een (sub)klinisch niveau van externaliserend probleemgedrag (geïndiceerde preventie), individueel aangeboden en via maatwerk en binnen een contextuele setting: de thuissituatie en de schoolsituatie zijn expliciet betrokken. Alles Kidzzz lijkt een potentiële geschikte interventie, omdat de training bovenstaande elementen bevat. De theoretische onderbouwing van de Alles Kidzzz training richt zich op die factoren die te beïnvloeden zijn via een interventie. Belangrijke verklaringen zijn het model van Sociale Informatie Processing (SIP, Crick & Dodge, 1994), verklaringen vanuit het zelfbeeld (Donnellan, et al., 2005), en de sociale leertheorie van Bandura (1973). Alles Kidzzz richt zich met veel werkvormen op verandering van zelfbeeld (Kwaliteitenspel en Supercirkel), sociale cognities (Up en Down en GGGG-oefening) en woederegulatie (Woedethermometer, Stop-denk-doe) (mediatoren) en ook direct op gedrag (Petje af voor), bij kinderen met stabiel externaliserend probleemgedrag in de bovenbouw. Daarnaast tracht de interventie de betrokkenheid van de ouder te bevorderen. De training

wordt op school aangeboden en is individueel en op-maat. De trainer kan die werkvormen selecteren die het beste passen bij de problematiek en de competenties van een specifiek kind.

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden

*Wat is op basis van de procesevaluatie bekend over de uitvoering van de interventie?*

*Stuur bij het indienen van de interventiebeschrijving de volledige publicatie van de procesevaluatie mee.*

*Beschrijf hier kort:*

- a) *De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave*
- b) *De onderzoeksopzet (periode, methode van onderzoek, doelgroep, aantal respondenten)*
- c) *Een korte samenvatting van de meest relevante resultaten.*

*Besteed tenminste aandacht aan:*

- *De waardering en ervaring van de uitvoerders en van de doelgroep\**

*En daarnaast aan tenminste één van de onderstaande aspecten:*

- *Het bereik van de interventie*
- *De mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd zoals bedoeld (programma integriteit)*
- *Succes- en faalfactoren.*

*Bij voorkeur wordt aan alle aspecten aandacht besteed.*

- d) *Hoe de interventie is of wordt aangepast aan de hand van de resultaten van de procesevaluatie (indien van toepassing)*

*\*Bij bijvoorbeeld kinderen of mensen met een beperking kunnen ook naasten (ouders, mantelzorgers) worden bevraagd om hun waardering te achterhalen.*

*LET OP: Is er sprake van verlengen van de erkenning en is er geen nieuwe procesevaluatie? Voeg in dat geval wel het actuele bereik van de interventie (sinds de laatste erkenning) toe.*

Toelichting:

- Het gaat om onderzoek naar de hier beschreven interventie zoals deze is uitgevoerd in de praktijk. Het onderzoek mag zowel intern (door de eigen organisatie) als extern (door een onderzoeksorganisatie) zijn gedaan.
- Je mag gegevens uit verschillende onderzoeken/bronnen combineren in één rapport, benoem in dat geval welke resultaten uit welk onderzoek afkomstig zijn.
- De procesevaluatie mag niet ouder dan tien jaar zijn. Bij voorkeur wordt bij elke verlenging van de erkenning een nieuwe procesevaluatie aangeleverd. Dit is in ieder geval vereist wanneer de interventie substantieel gewijzigd of doorontwikkeld is.

#### **Voorbeeld Alles Kidzzz**

Sinds juni 2022 wordt systematisch bijgehouden welke trainers de interventie Alles Kidzzz uitvoeren en voor welke organisaties. Begin 2023 is dit van ongeveer 70 actieve trainers bekend. Het overgrote deel van de trainers is werkzaam in de provincie Zuid-Holland en Noord-Holland (beide ongeveer 29%). Daarna volgen op volgorde van frequentie de provincies: Utrecht (10%), Drenthe (9%), Gelderland (7%), Noord-Brabant (7%), Friesland (4%) en Overijssel (4%) en tot slot Flevoland (1 trainer). Het gaat om uitvoering in het (speciaal) onderwijs, de eerstelijnsjeugdhulp en de specialistische jeugdhulp. De veronderstelling is dat er in Nederland meer trainers Alles Kidzzz aanbieden. De huidige cijfers zijn dus niet volledig.

#### **Publicatie**

a) Auteurs:

Stoltz, S., van Londen, M., ten Brinke, L., & Deković, M. (2018). Alles Kidzzz in de dagelijkse praktijk: Implementatie van een Evidence-Based Interventie. *Kind en Adolescent*, 39, 41-57.

b) Methode:

Terwijl de effectiviteit van Alles Kidzzz is aangetoond met een Randomized Controlled Trial (RCT; Stoltz, 2012; Stoltz, van Londen, Deković, de Castro, Prinzie, & Lochman, 2013), onderzoeken we in de huidige studie of effecten van Alles Kidzzz blijven bestaan in de uitvoering in de dagelijkse praktijk. Deze studie betreft een Routine Outcome Monitor Studie met een onderzoeksgroep van 126 kinderen die deelnamen aan de individuele behandeling, verspreid over Nederland. Doel van de studie was om na te gaan, of effecten blijven

bestaan in de uitvoering binnen de dagelijkse praktijk. Bij elk kindermapje wordt een monitorboekje gevoegd met een voor- en nameting voor de leerkracht en een logboek over de training voor de trainer. De leerkracht vult de externaliserende schaal van de TRF in en de schaal voor reactieve en proactieve agressie. De trainer vult gegevens in over elke sessie (behandelintegriteit).

c) Resultaten: Systematische landelijke verzameling van gegevens (n = 126 kinderen, Mleeftijd = 10.03 jaar, 72% jongens) laat zien dat in de dagelijkse praktijk selectiecriteria voor deelname aan Alles Kidzz minder strikt zijn. Het merendeel van de kinderen die deelnemen aan Alles Kidzz vertoont (sub)klinisch externaliserend gedrag, maar ook kinderen met normaal externaliserend gedrag worden geselecteerd. Bereik: er wordt een groep bereikt die vergelijkbaar is met de doelgroep uit de RCT. Effectiviteit: Ook na implementatie in de dagelijkse praktijk (buiten een onderzoekscontext) blijkt Alles Kidzz effectief in het verminderen van 21 externaliserend probleemgedrag en reactieve en proactieve agressie. Effecten zijn gelijk voor jongens en meisjes en voor kinderen met allochtone en autochtone achtergrond. Hiermee is de effectiviteit van Alles Kidzz zowel in grootschalig gecontroleerd effectonderzoek als na implementatie in de dagelijkse praktijk aangetoond bij de beoogde doelgroep.

#### **4.2 Onderzoek naar de effectiviteit** – max 600 woorden per onderzoek

*Wat is op basis van het beschikbare kwantitatief en/of kwalitatief onderzoek bekend over de effecten (werkzaamheid) van de interventie? Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van de interventiebeschrijving de volledige publicatie van iedere genoemd onderzoek mee. NB als er sprake is van meerdere publicaties, maar deze gaan over hetzelfde onderzoek, dan telt dit als één onderzoek.*

*Vul voor elk onderzoek de gevraagde informatie in volgens onderstaand format. Als er sprake is van meerdere onderzoeken met onafhankelijke steekproeven bij een interventie kunt u het format eerst kopiëren en plakken. Geef elk onderzoek een nummer en vul de gevraagde informatie in. Vermeld daaronder volgens het format welke publicaties uit het onderzoek voortgekomen zijn en vul ook hier de gevraagde informatie in.*

##### **Onderzoek [vul nummer in]**

*- Algemene informatie*

*Haal bij deze vragen steeds het antwoord dat niet van toepassing is weg.*

*Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. ja/nee\**

*Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). ja/nee\**

*\* Als bij één van de vragen hierboven 'nee' is geantwoord is het belangrijk dat hieronder in de beschrijving van het onderzoek goed naar voren komt dat het doel, de doelgroep, de aanpak en het theoretisch model van de bestudeerde interventie voldoende overeen komen met de Nederlandse situatie en/of de op dit werkblad beschreven interventie.*

*Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja/nee*

*Er is een voormeting. ja/nee*

*Er is een nameting. ja/nee*

*Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. ja/nee*

*Beschrijf kort per publicatie:*

- a) *De titel, auteurs, organisatie en jaar van uitgave*
- b) *De onderzoeksopzet (inclusief meetmomenten, doelgroep, respons/uitval, de uitkomstmaten, de kwalitatieve en/of kwantitatieve onderzoeksmethoden). Geef aan welke uitkomstmaten bij welke onder 1.2 benoemde subdoelen horen.*
- c) *Een korte samenvatting van de meest relevante uitkomsten met betrekking tot de mate waarin de interventie is uitgevoerd zoals bedoeld, de gevonden (positieve en negatieve) effecten en de werkzaamheid van de interventie.*

*LET OP: Een review, meta-analyse of (inter)nationaal onderzoek naar vergelijkbare interventie(s) kan als tweede onderzoek tellen. Beschrijf in dat geval in hoeverre het doel, de doelgroep, de aanpak en het theoretisch model van toepassing zijn op de Nederlandse situatie en/of de voorliggende interventie.*

Toelichting:

- Lees de eisen voor effectonderzoek in de publicatie: '[Kies erkend, krijg erkenning. Criteria 2024 – 2027](#)'.
- Het onderzoek mag zowel intern (door de eigen organisatie) als extern (door een onderzoeksorganisatie) zijn gedaan.
- Ook kwalitatief evaluatieonderzoek of mixed methods onderzoek kan inzicht geven in de effectiviteit van interventies. Gebruik [deze checklists](#) voor het goed uitvoeren en rapporteren van kwalitatief evaluatieonderzoek en mixed methods onderzoek.
- Het is tenminste vereist dat er waarnemingen of metingen hebben plaatsgevonden voorafgaand aan of bij de start van de interventie én na afloop van de interventie (ofwel een voor- en een nameting). Aan de hand van deze waarnemingen of metingen kan vastgesteld worden in welke mate verandering heeft plaatsgevonden.
- Bij onderzoek naar de *ervaren* effectiviteit is vaak alleen sprake van een nameting, waarmee achterhaald wordt welke betekenis de doelgroep geeft aan de met de interventie behaalde resultaten. Bij dit type onderzoek komt de eis van tenminste twee metingen daarom te vervallen.
- Beschrijf bij een review of meta-analyse de kenmerken (het aantal studies, de selectiecriteria voor de studies, de onderzochte doelgroep) en resultaten over de effectiviteit van de interventie. De daarin gebruikte studies hoeven niet afzonderlijk te worden samengevat.

#### **Voorbeeld Alles Kidzzz**

In totaal zijn er vier empirische studies naar de effecten van Alles Kidzzz gedaan: twee randomized controlled trial (RCT) studies (waarvan één RCT met follow-up metingen op 6 maanden en op 12 maanden) en twee studies met een quasi-experimenteel design (die in de praktijk zijn uitgevoerd).

Gestart is met een pilotstudie in de praktijk (quasi-experimenteel studie 1; Favier 2006), waaruit de effectiviteit van Alles Kidzzz in het verminderen van externaliserend gedrag bleek. Op basis van deze eerste aanwijzingen is een grote RCT-studie uitgevoerd (RCT 1; Stoltz 2012). Deze studie toonde het effect van Alles Kidzzz aan volgens leerkrachten, ouders en kinderen. Vervolgens is via een monitorstudie in de praktijk aangetoond dat het effect ook bleef bestaan buiten een (strak) onderzoekskader (quasi-experimenteel studie 2; Stoltz et al., 2018). Tenslotte is via een nieuwe RCT opnieuw de effectiviteit op gedragsproblemen aangetoond (RCT 2; Orobio de Castro et al., 2018). In al deze studies is dus de effectiviteit van Alles Kidzzz op het verminderen van externaliserend gedrag aangetoond.

In onderstaand overzicht beschrijven we per studie de publicaties vanuit deze vier studies met een samenvatting van de specifieke belangrijkste bevindingen per publicatie. Het betreft 9 hoofdpublicaties met sub-publicaties, waaronder vallen 1 dissertatie, 1 masterthesis, 1 onderzoeksrapport, 3 peer-reviewed Nederlandstalige publicaties, 4 internationale peer-reviewed publicaties, 1 peer reviewed Nederlandstalig boekhoofdstuk en 1 internationaal submitted artikel. Voor de overzichtelijkheid zijn deze publicaties genummerd.

#### **Studie 1: Randomized Controlled Trial 1 (met follow-up meting)**

##### **• Publicaties 1 (inclusief subpublicaties):**

a) Auteurs:

1a) Stoltz, S., van Londen, M., Deković, M., de Castro, B. O., Prinzie, P. & Lochman, J. E. (2013). Effectiveness of an individual school-based intervention for children with aggressive behaviour: a randomized controlled trial. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 41(05), 525-548.

1b) Stoltz, S. E. M. J. (2012). Stay Cool Kids?! Effectiveness, Moderation and Mediation of a Preventive Intervention for Externalizing Behavior (Doctoral dissertation, Utrecht University).

1c) Stoltz, S., van Londen, M., Deković, M., de Castro, B. O. & Prinzie, P. (2013). Alles Kidzzz: RCT naar een preventieve geïndiceerde individuele interventie voor agressie op de basisschool. *Kind & Adolescent*, 34(2), 92-108.

b) Methode:

Effectstudie, Randomized Controlled Trial, 264 kinderen, hun ouders en leerkrachten. In deze RCT is de effectiviteit van Alles Kidzzz onderzocht, een preventieve geïndiceerde individuele interventie op school, gericht op vermindering van agressie via het verbeteren van sociaal-cognitieve vaardigheden. At random werden 48 scholen toegewezen aan een groep, waarbij elke school twee jaar de interventie ontving en een jaar in de controlegroep participeerde. Er participeerden 264 kinderen (191 in de experimentele groep, 73 in de controlegroep; gemiddelde leeftijd 10.2 jaar; 71% jongens, 27% kinderen met een migrantenachtergrond) uit groep zes, genomineerd door leerkrachten (n=155) vanwege verhoogd externaliserend probleemgedrag. Van elke school werden jaarlijks 1-4 kinderen genomineerd. Ook 197 moeders en 128 vaders participeerden.

*Meetinstrumenten:*

*Agressie:* De reactieve en proactieve agressie (TRA, Dodge & Coie, 1994) werd ingevuld door kind, moeder, vader en leerkracht. Leerkrachten beoordeelden op de voor- en nameting de score op de externaliserende schaal van de TRF (Achenbach, 1991).

*Sociale cognities:* Kinderen vulden de Harter (CBSK;1982) zelfbeeld-schaal in en antwoordden op 4 stappen van de SIP aan de hand van 4 vignetten (vijandige attributie, agressieve respons-generatie, waardering van agressie en uitvoeren van een agressieve respons).

c) Resultaten:

*Agressie:* Alles Kidzzz leidde tot minder reactieve en proactieve agressie, gerapporteerd door kinderen, moeders, vaders of leerkrachten (effectgrootten: .11 tot .32). Op basis van leerkracht-beoordelingen op de voor- en nameting werd een klinisch significante verandering in externaliserend gedrag gevonden: na deelname aan Alles Kidzzz verminderde externaliserend probleemgedrag tot subklinisch/normaal niveau.

*Sociale cognities:* Kinderen rapporteerden een positievere zelfperceptie en een aspect van sociaal-cognitief functioneren veranderde.

*Moderatie:* Etniciteit en geslacht modereerden enkele door het kind en leerkracht gerapporteerde interventie-effecten. Hoewel de interventie voor alle kinderen tot verbetering leidde gold dat vooral voor jongens en voor kinderen met een migratieachtergrond.

*Effectiviteit:* Resultaten tonen volgens verschillende informanten effectiviteit van Alles Kidzzz aan.

#### • Publicatie 2:

a) Auteurs:

Stoltz, S., Prinzie, P., De Haan, A., Londen, M., De Castro, B. O. & Deković, M. (2013). Child Personality as Moderator of Outcome in a School-based Intervention for Preventing Externalising Behaviour. *European Journal of Personality*, 27(3), 271-279.

b) Methode:

Effectstudie, moderatie-analyses, 264 kinderen en hun leerkrachten.

Het bestuderen van moderatoren is essentieel om te bepalen welke interventies werken en voor wie. In de huidige studie hebben we onderzocht of persoonlijkheid van het kind lange- en korte termijn effecten van een individuele preventieve interventie voor kinderen met externaliserend probleemgedrag op de basisschool modereert. De onderzoeksgroep bestond uit 48 scholen, met 264 kinderen uit groep 6 met verhoogd externaliserend gedrag (gemiddelde leeftijd = 10.2 jaar; 71% jongens, 27% kinderen met een migrantenachtergrond), at-random toegewezen aan de interventie (n = 191 kinderen) of controle (n = 73 kinderen) conditie. De kinderen werden genomineerd door leerkrachten (n=155) vanwege verhoogd externaliserend probleemgedrag. Van elke school werden jaarlijks 1-4 kinderen genomineerd. Leerkrachten en kinderen rapporteerden op de voormeting, nameting en follow-up meting over reactieve en proactieve agressie (TRA, Dodge & Coie, 1994). Leerkrachten vulden de externaliserende schaal van de TRF in (Achenbach, 1991). Persoonlijkheid van het kind werd gemeten door leerkrachtrapportage op de voormeting via de Hierarchical Personality Inventory for Children HiPIC (Mervielde & De Fruyt, 1999).

c) Resultaten:

*Persoonlijkheid als moderator:* De mate van consciëntieus-zijn modereerde korte termijn interventie effecten, waarbij kinderen die beter kunnen organiseren en plannen meer baat hebben bij de interventie. Mate van extravertie van het kind modereerde korte- en lange-termijn effecten van de interventie, waarbij minder extraverte kinderen meer profiteerden van de interventie. Deze resultaten benadrukken het belang van het betrekken van persoonlijkheidskenmerken als moderator van interventie-effecten in toekomstige studies. Interventies aangepast aan specifieke kind-kenmerken kunnen grotere effecten bereiken. Deze studie was een van de eerste studies die persoonlijkheid als moderator voor het effect van een interventie bestudeerde.

### Publicaties 3 (inclusief subpublicaties):

#### a) Auteurs:

3a) Stoltz, S., Deković, M., Van Londen, M., Orobio de Castro, B. & Prinzie, P. (2013). What works for whom, how and under what circumstances? Testing moderated mediation of intervention effects on externalizing behavior in children. *Social Development*, Vol 22, 406-425.

3b) Stoltz, S., van Londen, M., Dekovic, M., Prinzie, P. & Orobio de Castro, B. (2011). Effectiviteitsonderzoek naar preventieve interventies voor externaliserend probleemgedrag op basisscholen: Wat werkt, voor wie, waarom en hoe, wanneer en waar? *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 567 – 577.

#### b) Methode:

Effectstudie, werkzame elementen, mediatie-analyses, 264 kinderen, hun ouders en leerkrachten.

In deze studie hebben we onderzocht of verandering in sociaal-cognitief functioneren en opvoeding de werkzame mechanismen (mediatoren) zijn van een individuele interventie gericht op het verminderen van externaliserend probleemgedrag bij basisschoolleerlingen met verhoogde mate van externaliserend probleemgedrag. Tevens hebben we onderzocht of kindkenmerken (geslacht en persoonlijkheid) als moderatoren deze werkzame mechanismen beïnvloeden (gemodereerde mediatie). De onderzoeksgroep bestond uit 264 kinderen uit groep 6 met externaliserend probleemgedrag (TRF-score > 60); 48 scholen werden at-random toegewezen aan de interventie-(n=191 kinderen) of controleconditie (n = 73 kinderen). Er participeerden 197 moeders, 128 vaders en 155 leerkrachten.

#### *Meetinstrumenten:*

*Agressie:* De reactieve en proactieve agressie (TRA, Dodge & Coie, 1994) werd ingevuld door kind, moeder, vader en leerkracht. Leerkrachten beoordeelden op de voor-en nameting de score op de externaliserende schaal van de TRF (Achenbach, 1991).

*Sociale cognities:* Kinderen vulden de Harter (CBSK;1982) zelfbeeld-schaal in en antwoordden op 4 stappen van de SIP aan de hand van 4 vignetten (vijandige attributie, agressieve respons-generatie, waardering van agressie en uitvoeren van een agressieve respons).

*Ouderlijke betrokkenheid:* de betrokkenheid van de moeder werd gemeten met de Alabama opvoedingsvragenlijst (Elgar, Waschbusch, Dadds & Sigvaldason, 2007; 10 items).

#### c) Resultaten:

De resultaten van mediatie-analyses laten zien dat een positief zelfbeeld van het kind en ouderlijke betrokkenheid van de moeder de werkzame elementen van de interventie zijn, die bijdragen aan het verminderen van externaliserend probleemgedrag. Persoonlijkheid van het kind en mate van extraversie, modereerden het effect van ouderlijke betrokkenheid. De interventie werkt op dezelfde manier voor jongens en meisjes.

### Publicatie 4:

Effects of parent and child characteristics on participation and outcome of an individualized booster parent intervention for children with externalizing behavior.

[Effecten van ouder en kind karakteristieken op deelname en effectiviteit van een individuele booster ouder interventie voor kinderen met externaliserend gedrag].

#### a) Auteurs:

Stoltz, S., van Londen, M. & Deković, M. (2015). Effects of parent and child characteristics on participation and outcome of an individualized booster parent intervention for children with externalizing behaviour. *European Journal of Developmental Psychology*, 12, 395-411.

#### b) Methode:

Effectstudie, Randomized Controlled Trial, 191 kinderen en hun ouders.

In deze studie hebben we onderzocht of een op-maat gemaakte individueel aangeboden booster oudertraining, uitgevoerd na een cognitieve gedragsinterventie voor kinderen, effectief is in het verminderen van agressief gedrag en het veranderen van opvoedgedrag. Als tweede doel onderzochten we welke ouder en kind karakteristieken deelname aan de oudertraining beïnvloeden. Kinderen (73% jongens, 40% immigranten, gemiddelde leeftijd 10.1 jaar) werden at random toegewezen aan een conditie met alleen een kind-interventie (n = 97 kinderen) of een conditie met een kind- en ouderinterventie (boosterinterventie) (n = 94 kinderen). In de kinder-plus-oudertraining ontvingen de ouders een individueel aanbod op-maat na de kindertraining. Ze ontvingen een werkboek voor ouders in de stijl van Alles Kidzzz, een dvd met voorbeelden van opvoedsituaties



en individuele contacten per mail, telefoon of in persoonlijke sessies (op basis van persoonlijke voorkeur van de ouders) met dezelfde trainer die ook de kindertraining verzorgd had. Doel was om de ouders te ondersteunen in hun opvoeding en een extra booster-interventie te geven zodat de ouders thuis de Alles Kidzz oefeningen konden herhalen. Voor- en na de kindertraining en als follow-up na de oudertraining zijn de meetinstrumenten ingevuld.

*Meetinstrumenten:*

*Agressie:* De reactieve en proactieve agressie (TRA, Dodge & Coie, 1994) werd ingevuld door kind, moeder en vader.

*Sociale cognities:* Kinderen vulden de Harter (CBSK;1982) zelfbeeld-schaal in en antwoordden op 4 stappen van de SIP aan de hand van 4 vignetten (vijandige attributie, agressieve respons-generatie, waardering van agressie en uitvoeren van een agressieve respons).

*Ouderlijke betrokkenheid:* de betrokkenheid van de moeder werd gemeten met de Alabama opvoedingsvragenlijst (Elgar, Waschbusch, Dadds & Sigvaldason, 2007; 10 items).

c) Resultaten:

*Effectiviteit:* Resultaten laten op de follow-up meting geen extra effecten zien van de oudertraining.

*Kenmerken van ouders die deelnemen:* Ouders die actief deelnamen (47%; cursusmateriaal en dvd ontvangen en wekelijks contact met de kinder-trainer via mail, telefoon of via persoonlijk contact) aan de aangeboden individuele ouderinterventie (boosterinterventie) verschilden niet in demografische kenmerken van ouders die besloten niet actief deel te nemen aan deze aangeboden booster ouderinterventie (ouders ontvingen wel cursusmateriaal en de dvd, ouders wilden geen contact met de trainer). Echter, moeders' perceptie van het agressieve gedrag van hun kind na afloop van de kind-interventie bleek wel bepalend voor deelname aan de ouderinterventie (ES = 0,73). Ouders die zich tijdens de kindertraining bewuster waren geworden van de ernst van het gedrag van hun kind waren meer bereid deel te nemen aan de booster oudertraining.

*Effect van actieve deelname:* Actieve deelname aan de ouderinterventie bleek de ontwikkeling van meer agressief gedrag en minder positieve opvoedtechnieken te doorbreken voor die kinderen met het meeste probleemgedrag (ES = 0,44 en ES = 0,30) en resulteerde in meer betrokkenheid van moeders (ES = 0,57). Ouderbetrokkenheid lijkt een belangrijke mediërende factor die via een kinderinterventie gestimuleerd kan worden.

#### Publicatie 5:

Dopamine Receptor 4 Gene as Moderator of the Effects of an Individual Intervention for Children with Externalizing Behavior? A Pilot Study

[Dopamine Receptor 4 Gen als moderator van de effecten van een individuele interventie voor kinderen met externaliserend gedrag? Een pilot studie.]

a) Auteurs:

Stoltz, S., Dekovic, M., van Londen, M., Homberg, J., Cillessen, A. H. N., & de Weerth, C. (submitted). What works? For whom? Testing Genetic Moderation of Intervention Efficacy for Externalizing Behavior in Elementary School Children.

b) Methode:

Moderatie-analyses, GenXomgeving interacties, 45 kinderen, leerkrachten en ouders.

In deze pilotstudie onderzoeken we genetische moderatie van behandel-effecten bij kinderen met externaliserend gedrag door interacties tussen een gen (dopamine D4 receptor) en deelname aan een individuele cognitieve gedragsinterventie vast te stellen. Bekend is dat kinderen met het DRD4 7repeat allel hogere niveaus van avontuur, drugsgebruik en externaliserend gedrag laten zien, maar de effecten van interventies gericht op externaliserend gedrag zijn niet duidelijk.

In deze studie hebben we gebruik gemaakt van data van de Randomized Controlled Trial en de totale steekproef bestond uit 45 kinderen (70% jongens, 19% migrantenachtergrond; 10.2 jaar oud), gerandomiseerd naar de interventie (n = 31 kinderen) of controlegroep (n = 14 kinderen).

c) Resultaten:

Resultaten laten zien dat kinderen met het DRD4 7repeat allel meer gevoelig zijn voor de positieve effecten van de interventie, voor sommige uitkomstmaten. Zij laten de grootste vermindering zien in door de ouder gerapporteerde agressie en door de leerkracht gerapporteerde proactieve agressie. Kinderen zonder het DRD4 7repeat allel veranderen niet in agressief gedrag of laten zelfs een toename zien.

Deze studie is een van de eerste die genetische moderatie effecten van een individuele interventie voor kinderen met externaliserend gedrag laat zien. Ondanks de kleine steekproef zijn de gevonden bevindingen in de verwachte richting en consistent met eerdere studies. Echter, replicatiestudies met een grotere steekproef zijn nodig en verdere studies zouden zich moeten richten op hoe en waarom deze verschillende effecten kunnen optreden.

• **Publicatie 6:**

Alles Kidzzz: een individuele interventie op de basisschool voor leerlingen met gedragsproblemen.

a) Auteurs:

Stoltz, S. & van Londen, M. (2015). Alles Kidzzz: een individuele interventie op de basisschool voor leerlingen met gedragsproblemen. In M. Vermande, M. van der Meulen & A. Reijntjes (red.), *Pesten op school. Achtergronden en interventies* (pp. 204 - 208). Amsterdam: Boom Lemma.

b) Methode:

Door middel van een RCT is de effectiviteit van Alles Kidzzz onderzocht bij 264 leerlingen uit groep 6 (191 in experimentele groep, 73 in de controlegroep), afkomstig van 48 scholen in de regio's Utrecht en Den Bosch. Om veranderingen in het gedrag van het kind vast te stellen, is voor en direct na de training een vragenlijst over reactieve en proactieve agressie afgenomen bij kinderen, leerkrachten en ouders (Hendrickx, Crombez, Roeyers, & Orobio de Castro, 2003).

Proactieve agressie en pesten zijn nauw verwant. Om vast te stellen of de training zorgt voor een verandering in sociale cognities, zelfwaardering en opvoedgedrag (doordat de ouders thuis met het kind oefenen) zijn de SIP-test (Orobio de Castro et al., 2005), de CBSK (schaal Gedragshouding: Wat vindt het kind van zijn eigen gedrag? Meent het kind dat het zich gedraagt zoals van hem verwacht wordt?; Veerman, Straathof, Treffers, Van den Bergh & Ten Brink, 1997) en de Alabama Parenting Questionnaire (Elgar, Waschbusch, Dadds, & Sigvaldason, 2007) afgenomen als de veronderstelde mediators van de training.

c) Resultaten:

Door middel van ANCOVA's, met nametingsscore als afhankelijke variabele en voormetingsscore als covariaat, zijn interventie-effecten onderzocht. Ook zijn effect sizes (Cohen's d) berekend. De resultaten laten zien dat kinderen die de Alles Kidzzz-training volgden significant minder reactief agressief werden dan de kinderen in de controlegroep volgens het kind ( $d = 0,21$ ), de leerkracht ( $d = 0,28$ ) en de moeder ( $d = 0,32$ ). Ook werden de trainingskinderen minder proactief agressief volgens het kind ( $d = 0,22$ ), de moeder ( $d = 0,18$ ) en de vader ( $d = 0,30$ ). Leerkrachten zagen ook een afname in proactieve agressie, maar deze afname verschilde niet significant van de afname in de controlegroep (Stoltz, van Londen, Deković, de Castro, Prinzie, & Lochman, 2013a). Voor sekse en etniciteit was geen moderatie-effect: de training was over het algemeen even effectief voor jongens en meisjes, allochtone en autochtone kinderen. Persoonlijkheid van het kind bleek wel een moderatie-effect te hebben: vooral minder extraverte en meer consciëntieuze kinderen profiteerden van de training (Stoltz, Prinzie, de Haan, van Londen, de Castro & Deković, 2012).

De kinderen die de Alles Kidzzz-training volgden, gaven een positievere beoordeling van hun gedragshouding na afloop van de training ( $d = 0,49$ ). Ook waren de sociale cognities over de waardering van agressief gedrag verbeterd ( $d = 0,15$ ). Uit mediatie-analyses bleek dat verbetering van zelfwaargenomen gedragshouding, verandering van sociale cognities en meer betrokkenheid van moeders de werkzame mechanismen van de training waren (Stoltz, van Londen, Deković, de Castro, & Prinzie, 2013b).

Vóór de interventie vielen alle kinderen (100%) in het klinische gebied of klinische grensgebied. Na de training bleek dat 74% van de trainingskinderen nog een (sub)klinische kwalificatie had, tegenover nog 89% van de kinderen in de controlegroep. Deze verschillen waren significant: de interventie zorgde voor meer verbetering/afname van de psychische problematiek.

Na afloop van de training gaven ouders en leerkrachten aan dat ze tevreden waren over de training (gemiddeld een score van 4,5 op een schaal van 0-6).

Conclusie: Kinderen zijn na de Alles Kidzzz-training minder agressief, hebben een positievere waardering van hun gedragshouding en denken minder positief over agressie. Alles Kidzzz blijkt volgens verschillende informanten effectief voor afname van specifiek proactieve agressie. De training lijkt daarom ook geschikt om in te zetten bij kinderen die pesten. Persoonlijkheid van het kind hangt samen met de effectiviteit van de training. De werkzame mechanismen van de training zijn een verbetering van de zelfwaardering, een verandering in sociale cognities en een grotere betrokkenheid van moeders.

## Studie 2: Randomized Controlled Trial 2

### • Publicatie 7:

Effectiviteit van kansrijke programma's tegen pesten in de Nederlandse onderwijspraktijk.

#### a) Auteurs:

B. Orobio de Castro, S. Mulder, R. van der Ploeg, S. Onrust, Y. van den Berg, S. Stoltz, M. Buil, I. de Wit, L. Buitenhuis, T. Cillessen, R. Veenstra, P. van Lier, M., Dekovic, & R. Scholte (2018). Effectiviteit van kansrijke programma's tegen pesten in de Nederlandse onderwijspraktijk. Nationaal Regieorgaan Onderwijsonderzoek. We beschrijven hier alleen de gegevens over het onderzoek naar Alles Kidzz.

#### b) Methode:

In het huidige onderzoeksproject is Alles Kidzz opgenomen vanwege potentiële effecten op kinderen die pesten of gepest worden bovenop de effecten van een universeel programma. Bij Alles Kidzz werd gebruik gemaakt van random toewijzing van deelnemende scholen aan de Alles Kidzz conditie of een wachtlijst. Bij de volledige klassen op deze scholen werd in het voorjaar een screening met een monitor en een leerkrachtvragenlijst uitgevoerd om daarmee kinderen te selecteren die vanwege regelmatig externaliserend probleemgedrag volgens de leerkracht in aanmerking kwamen voor Alles Kidzz. De voormeting vond plaats in februari/maart, de nameting in juni/juli. In de tussentijdse periode volgden de kinderen op de Alles Kidzz scholen de training. Bovendien werden naast het vaste instrumentarium, instrumenten voor de meting van externaliserend probleemgedrag opgenomen. Leerkrachten vulden voor geselecteerde kinderen op de voormeting de schaal Externaliserende Gedragsproblemen van de TRF in (Verhulst e.a., 1997). Leerlingen nomineerden elkaar in de monitor extra op reactieve en proactieve agressie (Dodge & Coie, 1987). Drieëntwintig scholen met 49 klassen en 1.027 leerlingen namen met 114 geselecteerde kinderen, waarvan 66 in de Alles Kidzz conditie en 48 in de controleconditie volledig deel aan de studie. Van de geselecteerde kinderen had 85% een migranten achtergrond en was 68% een jongen.

#### c) Resultaten:

De kinderen die een AK training kregen aangeboden zijn geselecteerd op basis van rapportages van leerkrachten over de ernst en frequentie van hun externaliserend probleemgedrag. De geselecteerde kinderen zijn in vergelijking met hun klasgenoten significant vaker jongens, met een migratie achtergrond, met een hogere score op zelf gerapporteerd pesten op de voormeting. De nominaties door klasgenoten lieten zien dat de geselecteerde kinderen significant vaker genomineerd werden als pester en als gepest. Ook werden ze vaker door pest-slachtoffers genomineerd als pester. Alles Kidzz vermindert sterk de externaliserende gedragsproblemen volgens de leerkracht (TRF),  $p = .03$ ,  $d = .96$  en leidt tot een marginaal significante toename van pro sociaal gedrag,  $p = .053$ ,  $d = .25$ . Op de aan pesten gerelateerde uitkomstvariabelen heeft Alles Kidzz geen effect voor de geselecteerde kinderen.

Conclusie: Alles Kidzz vermindert externaliserende gedragsproblemen volgens de leerkracht sterk bij wegens gedragsproblemen geselecteerde kinderen. Dit grote effect vertaalt zich echter niet naar effecten specifiek op pesten of naar effecten voor de gehele klas. Wanneer meerdere kinderen in één klas ernstig externaliserend gedrag vertonen en Alles Kidzz volgen, leidt dit wel tot een toename in pro sociaal gedrag van het kind. Deze bevindingen komen overeen met de resultaten van eerder onderzoek naar Alles Kidzz.

## Studie 3: Quasi-experimentele studie 1

### • Publicatie 8:

Effectstudie naar de sociale vaardigheidstraining Alles Kidzz

#### a) Auteurs:

Favier, A. I. (2006). Effectstudie naar de sociale vaardigheidstraining Alles Kidzz. Ongepubliceerde masterthesis. Utrecht: Universiteit Utrecht.

#### b) Methode:

In deze studie worden de effecten van de individuele sociale vaardigheidstraining Alles Kidzz geëvalueerd. De training is ontwikkeld voor kinderen van negen tot en met twaalf jaar met externaliserende gedragsproblemen. Onderzocht is in welke mate de training invloed heeft op gedragsproblemen, pro sociaal gedrag, proactieve en reactieve agressie, sociale informatieverwerking en zelfwaardering. Gebruik is gemaakt van een quasi-

experimenteel design, met 31 kinderen die de training ontvingen en 28 kinderen in de controleconditie. Zowel kinderen als hun ouders en leerkrachten participeerden in het onderzoek.

c) Resultaten:

Deelname aan Alles Kidzzz leidt volgens ouders tot een afname van totale problemen, problemen met leeftijdgenoten, totale agressie en reactieve agressie.

Daarnaast werd een effect gevonden op sociale informatieverwerking; bij de evaluatie van mogelijke reacties op dreigende conflictsituaties gaven jongens na de training vaker aan pro sociaal gedrag uit te voeren. Deze studie heeft de eerste effecten van Alles Kidzzz aangetoond en vormt de basis voor verder onderzoek.

#### **Studie 4: Quasi-experimentele studie 2**

• **Publicatie 9:** (zie ook onder 4.1)

Alles Kidzzz in de dagelijkse praktijk: Implementatie van een Evidence-Based Interventie

a) Auteurs:

Stoltz, S., van Londen, M., ten Brinke, L., & Deković, M. (2018). Alles Kidzzz in de dagelijkse praktijk: Implementatie van een Evidence-Based Interventie. *Kind en Adolescent*, 39, 41-57.

b) Methode:

De effectiviteit van Alles Kidzzz is in eerder onderzoek aangetoond met een randomized controlled trial (RCT). In de huidige studie onderzochten we de effecten van Alles Kidzzz, en de effectiviteit voor verschillende doelgroepen na implementatie in de dagelijkse praktijk. Leerkrachten hebben tijdens de routinematige monitoring voor in de alledaagse praktijk uitgevoerde Alles Kidzzztrajecten gerapporteerd over externaliserend gedrag en reactieve en proactieve agressie (n= 101 kinderen, Mleeftijd = 10,03 jaar, 72% jongens, 37% allochtone afkomst).

c) Resultaten:

Gepaarde t-toetsen tonen aan dat Alles Kidzzz na implementatie effectief is voor het verminderen van externaliserend gedrag ( $d=0,42$ ) en reactieve ( $d=0,34$ ) en proactieve agressie ( $d=0,40$ ). Deze effect-sizes zijn veelbelovend, vergeleken met die van de meta-analyse van selectieve schoolinterventies ( $ES=0.29$ ) van Wilson en Lipsey (2007). Effecten van de interventie zijn gelijk voor jongens en meisjes en voor kinderen met een allochtone of autochtone achtergrond en vergelijkbaar met de RCT1-studie. Ook is er sprake van klinisch relevante veranderingen in externaliserend gedrag: kinderen lieten significant klinisch herstel zien.

## 5. Praktijkvoorbeeld – optioneel (max 600 woorden)

*Beschrijf een praktijkvoorbeeld van de uitvoering van de interventie: hoe was de situatie voor, tijdens en na de interventie?*

Toelichting:

- Een praktijkvoorbeeld kleurt het beeld van de interventie in. Het geeft een persoonlijk verhaal in plaats van een theoretisch, abstract verhaal.

## 6. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (zie aanwijzingen in de handleiding).

Toelichting:

- APA staat voor American Psychological Association. Onderstaande richtlijnen zijn gebaseerd op de [7e editie van de APA Style Guide](#), uit 2020.
- In de tekst (Hoofdstuk 3 Onderbouwing) verwijst je naar de bron door de achternaam van de auteur(s) te noemen, gevolgd door een komma en het jaartal.
  - Bij één of twee auteurs vermeld je alle namen. Bij drie of meer auteurs vermeld je alleen de naam van de eerste auteur gevolgd door 'et al.'.
  - Bijvoorbeeld: (Streefkerk et al., 2020)
- De literatuurlijst is alfabetisch geordend op de achternaam van de eerste auteur. Elke referentie begint met de achternaam van de (eerste) auteur, gevolgd door de voorletter(s), en dan, als die er zijn, de namen van de overige auteurs. Enkele voorbeelden van de weergave van bronnen (voor ander type bronnen, kijk in de APA Guide):
  - **Boek**  
Auteur, A. A. (2020). *Titel van het boek*. Uitgever.
  - **Wetenschappelijk tijdschriftartikel (journal)**  
Auteur, A. A. (2020). Titel wetenschappelijk artikel. *Naam Journal*, volume(editie), xx-xx. DOI / URL
  - **Internetartikel**  
Auteur, A. A. (2020, 10 augustus). *Titel webpagina*. Naam website. Geraadpleegd op (datum), van URL
  - **Onderzoeksrapport**  
Organisatie (2020). *Titel van het rapport*. Geraadpleegd op (datum), van URL
  - **Onderzoeksrapport met auteur(s)**  
Auteur, A. A. (2020). *Titel van het rapport*. Organisatie. DOI / URL