

NJi

Nederlands
Jeugdinstituut



Keuzehulp jeugd en gezin Verantwoording

Toelichting op uitgangspunten, opgenomen
interventies en relevante literatuur

De keuzehulp jeugd en gezin is mede mogelijk gemaakt door ZonMW

Verantwoording bij de Keuzehulp Jeugd en Gezin

Samen met ouders en kinderen beslissen over passende hulp

Colofon

De verantwoording Keuzehulp Jeugd en Gezin geeft een toelichting op uitgangspunten van de keuzehulp, de interventies die in de keuzehulp zijn opgenomen en een overzicht van relevante literatuur naar werkzame elementen per keuzehulpdeel. De Keuzehulp en deze verantwoording zijn mogelijk gemaakt door ZonMW Zorg voor Jeugd, het Nederlands Jeugdinstituut, PI Research en de Universiteit van Amsterdam.

Ontwikkeling en tekst

De keuzehulp is ontwikkeld en geschreven door Marjan de Lange, Gonnie Albrecht, Daniëlle de Veld, Inge Bastiaanssen en Bram Orobio de Castro. De verantwoording bij de keuzehulp is geschreven door Karen van Rooijen en Bram Orobio de Castro.

Bijdragen

Met dank aan alle jongeren van ExpEx, ouders van het Netwerk Beter Samen en professionals in de focusgroepen en de gesprekspartners van de zeven ZonMW-consortia kernelementen die meewerkten aan de ontwikkeling van de keuzehulp.

Dankwoord

Dit is de verantwoording van de Keuzehulp Jeugd en Gezin, waarvan steeds de actuele versie te vinden is op www.nji.nl.

Wij zijn velen dankbaar dat de keuzehulp nu echt gebruiksklaar en goed toegankelijk is. Wij maakten ons – zoals velen met ons – al jaren zorgen over de kwaliteit en manieren van besluitvorming in de jeugdhulp en haar voorveld, en vooral over de vaak geringe rol van jongeren, ouders en kennis over effectiviteit daarin. En we waren het er al jaren over eens dat dat beter moet en kan, als we maar de tijd nemen om alle kennis en ervaring samen te brengen. Uiteindelijk is het een lange weg geweest, die we met velen samen hebben afgelegd om tot de huidige Keuzehulp te komen.

De Keuzehulp Jeugd en Gezin brengt de resultaten samen van vele jaren praktijkervaring, ervaringsdeskundigheid, onderzoek en afstemming door talloze jongeren, ouders, professionals, onderzoekers en ontwikkelaars, die wij op deze plaats graag willen bedanken. Onze bijzondere dank gaat uit naar de jongeren van ExpEx, ouders van het Netwerk Beter Samen en professionals in de focusgroepen, de gesprekspartners van de zeven ZonMW-consortia kernelementen die ons de informatie leverden voor Deel III van de keuzehulp, het Nederlands Jeugdinstituut, Jojanneke Hillmann en de leden van de Klankbordgroep voor hun adviezen, geduld en volharding bij het realiseren van de Keuzehulp.

De Keuzehulp is nu klaar voor gebruik, maar tegelijk zal de Keuzehulp nooit voltooid zijn. Het is een levend document dat steeds zal veranderen op basis van nieuwe kennis en inzichten. Wij hopen en verwachten dat wij samen met u, lezer en gebruiker van de Keuzehulp, nog vele verbetermogelijkheden zullen ontdekken en benutten en staan daar graag voor open.

Wij hopen dat de Keuzehulp vele jongeren, ouders en professionals zal ondersteunen bij het samen beslissen over passende hulp.

Namens de auteurs, Bram Orobio de Castro

Inhoud

Dankwoord.....	2
1. Inleiding.....	6
1.1 Uitgangspunten van de Keuzehulp Jeugd en Gezin.....	6
1.2 Toelichting selectie interventies.....	8
<i>Over het erkenningstraject.....</i>	9
1.3 Toelichting literatuur werkzame elementen.....	10
2. Keuzehulpdeel 'Veiligheid en gezinsbelasting'.....	10
2.1 Interventies.....	10
2.2 Verantwoording.....	11
<i>Stap 1. Inschatten van directe veiligheid.....</i>	11
<i>Stap 2. Risicotaxatie.....</i>	14
<i>Stap 3. Behoeftetaxatie.....</i>	15
<i>In te zetten zorg.....</i>	16
<i>Referenties.....</i>	16
3. Keuzehulpdeel 'Opvoedvragen en -onzekerheid'.....	19
3.1 Interventies.....	19
<i>Matige opvoedonzekerheid/opvoedvragen.....</i>	19
<i>Ernstige opvoedonzekerheid/opvoedvragen.....</i>	19
3.2 Verantwoording.....	21
<i>Algemeen werkzame elementen.....</i>	22
<i>Specifieke structuur- en contextuele elementen.....</i>	23
<i>Specifieke inhoudelijke elementen.....</i>	23
<i>Opvoedondersteuning gericht op het verminderen van gedragsproblemen.....</i>	24
<i>Referenties.....</i>	24
4. Keuzehulpdeel 'Sociale vaardigheden en weerbaarheid'.....	27
4.1 Interventies.....	27
<i>Weinig sociaal welbevinden als gevolg van groepsdynamiek: spanning/onveiligheid in klas.....</i>	27
<i>Weinig sociaal welbevinden als gevolg van groepsdynamiek; specifiek voor pesten in klas....</i>	27
<i>Weinig sociaal welbevinden als gevolg van vaardigheidstekorten/angst om in een groep te spreken.....</i>	28
<i>Weinig sociaal welbevinden als gevolg van vaardigheidstekorten/angst om in een groep te spreken; specifiek voor pesten.....</i>	28
<i>Weinig zelfwaardering en zelfvertrouwen.....</i>	29
<i>Weinig zelfwaardering en zelfvertrouwen, specifiek voor pesten.....</i>	29

<i>Weinig welbevinden en weerbaarheid samenhangend met echtscheiding</i>	29
4.2 Verantwoording	30
<i>Algemeen werkzame elementen</i>	31
<i>Specifieke structuur- en contextuele elementen</i>	31
<i>Specifieke inhoudelijke elementen</i>	31
<i>Onderzoek specifiek gericht op pesten</i>	32
<i>Onderzoek specifiek gericht op interventies bij scheiding</i>	32
<i>Referenties</i>	33
5. Keuzehulpdeel ‘Gespannen of angstig’	36
5.1 Interventies	36
<i>Trauma</i>	37
5.2 Verantwoording	38
<i>Algemeen werkzame elementen</i>	38
<i>Specifieke structuur- en contextuele elementen</i>	39
<i>Specifieke inhoudelijke elementen</i>	40
<i>Trauma</i>	41
<i>Referenties</i>	42
6. Keuzehulpdeel ‘Somber of depressief’	46
6.1 Interventies	46
6.2 Verantwoording	46
<i>Algemeen werkzame elementen</i>	47
<i>Specifieke structuur- en contextuele elementen</i>	47
<i>Specifieke inhoudelijke elementen</i>	48
<i>Referenties</i>	49
7. Keuzehulpdeel ‘Onrustig, opstandig of agressief gedrag’	52
7.1 Interventies	52
<i>Zijn er in het gezin (beginnende) negatieve interacties? Werk dan via ouders/gezin.</i>	52
<i>Zijn er problemen op school, rond concentreren/leren of contact met leerkracht/leerlingen?</i> <i>Ondersteun leerkrachten.</i>	54
<i>Ervaart het kind moeite met het hanteren van boosheid/probleemoplossing/sociaal</i> <i>contact/negatieve overtuigingen? Zet kindtraining op maat in.</i>	55
7.2 Verantwoording	56
<i>Algemeen werkzame elementen</i>	58
<i>Specifieke structuur- en contextuele elementen</i>	58
<i>Specifieke inhoudelijke elementen binnen ouder- (en leerkracht)begeleiding</i>	58
<i>Specifieke inhoudelijke elementen binnen interventies voor jeugdigen</i>	59

<i>Referenties</i>	60
8. Keuzehulpdeel 'Moeite met sociale of onverwachte situaties of prikkels'	63
8.1 Interventies	63
8.2 Verantwoording	64
<i>Vroegtijdige interventies (tot ongeveer 5 jaar)</i>	64
<i>Oudertraining</i>	65
<i>Sociale vaardigheidstraining</i>	65
<i>Behandeling gericht op bijkomende problemen</i>	65
<i>Algemeen werkzame elementen</i>	66
<i>Specifieke structuur- en contextuele elementen</i>	66
<i>Specifieke inhoudelijke elementen</i>	66
<i>Referenties</i>	68
9. Keuzehulpdeel 'Gezinnen met meervoudige en complexe problemen'	70
9.1 Interventies	70
<i>Behoeftte aan ondersteuning bij (praktische) taken/behoeftte aan contact/steun omgeving ...</i>	70
<i>Is er behoefte aan gedragsverandering van de gezinsleden/is er behoefte aan ondersteuning bij de opvoeding?</i>	71
9.2 Verantwoording	72
<i>Algemeen werkzame elementen</i>	73
<i>Specifieke structuur- en contextuele elementen</i>	74
<i>Specifieke inhoudelijke elementen</i>	74
<i>Referenties</i>	75
Focusgroepen met jongeren, ouders en professionals	77
<i>Focusgroepen met jongeren</i>	77
<i>Focusgroepen met ouders</i>	77
<i>Focusgroepen met professionals</i>	77
<i>Verwerking van de feedback</i>	78
Consortia Effectiviteit psychosociale interventies Jeugd en Leden Klankbordgroep	79

1. Inleiding

Dit document biedt een verantwoording van de Keuzehulp Jeugd en Gezin. Het geeft een toelichting op uitgangspunten van de keuzehulp, de interventies die in de keuzehulp zijn opgenomen en een overzicht van relevante literatuur naar werkzame elementen per keuzehulpdeel.

1.1 Uitgangspunten van de Keuzehulp Jeugd en Gezin

Effectieve preventie en behandeling van psychosociale problemen bij kinderen en jongeren vraagt inzet van hulp die aansluit bij de specifieke factoren die problemen van een kind, gezin en/of klas veroorzaken en in stand houden. Voor kinderen, gezinnen, scholen en professionals in Nederland is het echter lastig in te schatten welke hulp voor wie het meest effectief is. Enerzijds is er een wildgroei aan *beschrijvende* ‘classificaties’ voor kinderen, zoals DSM V stoornissen of probleemprofielen op vragenlijsten. Die zeggen weinig over geschikte hulp en kunnen negatieve stigmatiserende effecten hebben. Anderzijds is er een snelgroeiend aanbod van complete interventiepakketten, waartussen het onderscheid niet altijd duidelijk is, en die in verschillende situaties te breed en veelomvattend zijn om in de praktijk in hun geheel te worden ingezet.

Daarbij blijkt dat ouders en jongeren veelal het gevoel te hebben onvoldoende gehoord te worden bij beslissingen over hun hulptraject. Volgens hen ontbreekt het veelal aan een goede gelijkwaardige, transparante en gestructureerde gespreksvorm, waarin zij gelijkwaardige gesprekspartners zijn en tegelijk goed genoeg geïnformeerd worden over de huidige kennis om echt samen te kunnen beslissen.

Het kiezen van een effectieve (preventieve) aanpak wordt verder bemoeilijkt doordat schijnbaar gelijke problematiek bij verschillende kinderen, gezinnen en klassen door heel verschillende factoren in stand kan worden gehouden (equifinaliteit). Een keuze voor passende hulp zal daarom niet (zoals nu gebruikelijk is) gebaseerd moeten zijn op *beschrijving* van een probleem, maar op *verklarende* factoren voor het optreden van problematiek bij een individueel kind/gezin/klas (ook wel ‘in standhoudende factoren’, ‘triggers’, ‘draggers’, ‘processes’ of ‘needs’ in RNR-terminologie). Voor individuele professionals blijkt het lastig deze analyse in praktijk (en in beperkte tijd) samen met jongeren en ouders te maken, en daarbij een directe link te leggen tussen beschrijving, in standhoudende factoren, daarbij passende werkzame elementen en effectieve interventies die deze factoren bevatten.

Samen beslissen over passende hulp is in praktijk dus niet eenvoudig! Er is daarom grote behoefte aan een heldere, eenvoudig toe te passen vorm om als jongeren, ouders en professionals samen te beslissen over passende hulp, op basis van bestaande kennis over welke hulpvormen passend (aansluitend, helpend, motiverend, effectief) zouden kunnen zijn.

Doel van de Keuzehulp is professionals, jongeren en ouders te helpen samen tot een keuze voor de best passende en meest effectieve aanpak te komen.

Uitgangspunt daarbij is dat in gesprekken transparant wordt gekomen van een inventarisatie van hulpvraag, doelen en in standhoudende factoren tot een aantal passend en effectief gebleken opties voor hulp, waaruit dan samen wordt gekozen.

Personaliseren op basis van cliënt- en systeemkenmerken gebeurt natuurlijk al volop in de praktijk, door bekwame professionals. Veel cliënten blijken echter niet de hulp aangeboden te krijgen die het meest effectief is (zie bijvoorbeeld recente evaluatie Jeugdwet). Bestaande vertalingen van kennis voor de praktijk in databanken en richtlijnen worden nog niet optimaal benut, mogelijk omdat hierin juist

een concrete vertaling ontbreekt naar de keuze bij welke specifieke kenmerken van een concreet cliënt(systeem) gebruik kan worden gemaakt van welke kernelementen in welke interventies. De Keuzehulp is ontwikkeld om juist heel concreet (vaak tot aan voorbeelden van handige zinnen in gesprekken aan toe) te verhelderen hoe je in praktijk samen kan beslissen op basis van de huidige kennis.

De Keuzehulp kan professionals zo helpen bestaande kennis beter te benutten bij individuele cliëntsystemen. Uit eerste ervaringen en gebruikersonderzoek met een 'beslisboom' en 'werkkaarten' in de Richtlijn Ernstige Gedragsproblemen is gebleken dat een dergelijke Keuzehulp besluitvorming van professionals met cliënten verbetert en graag door hen gebruikt wordt. Zij geven aan betere keuzes te maken, door het inzichtelijke keuzeproces tot meer door gezin en professionals samengedragen keuzes te komen en beter in te zien aan welke expertise bij professionals behoefte is gezien de problematiek van cliënten (Eenshuistra e.a., 2021). Hoewel deze beslisboom voor externaliserende problemen allicht niet 1 op 1 direct model kan staan voor andere psychosociale problemen boden de positieve ervaringen met de beslisboom voldoende basis om een breder toepasbare keuzehulp te ontwikkelen, waarbij mogelijk voor sommige problematiek op exact dezelfde wijze wordt gewerkt en bij andere problematieken een andere koppeling tussen kenmerken van cliënten en benodigde hulp wordt gemaakt.

Kernelementen EN Interventies

Idealiter zouden wij precies weten welk kernelement welke kinderen en gezinnen helpt. Hoeveel we weten over de effecten van kernelementen en interventies verschilt echter helaas (nog) sterk per type problematiek. Op dit moment is er veelal (nog) onvoldoende evidentie voor de effectiviteit van losse kernelementen en zijn alleen nog effecten bewezen van complete interventies, die bestaan uit systematische combinaties van meerdere kernelementen. Verandering in deze effectieve interventies lijkt veelal alleen te worden bereikt door een *combinatie* van meerdere kernelementen in een omvattende structuur, maar tegelijkertijd is onbekend of alle elementen in deze interventies wel even noodzakelijk zijn om het gewenste effect te bereiken. Professionals zullen dan ook per geval een afweging moeten kunnen maken tussen het (kostbare) inzetten van complete interventies met sterk bewijs of het (eerst) inzetten van (eenvoudiger en sneller uitvoerbare) losse kernelementen met een grotere mate van onzekerheid over effecten.

Om deze keuze voor professionals te faciliteren zijn in de Keuzehulp eenvoudig zowel kernelementen en interventies als de mate van evidentie daarvoor te zien doordat grafisch aan te geven op welke verklarende factoren welke kernelementen aangrijpen en in welke interventies deze kernelementen zijn opgenomen, waarbij voor de complete interventies de mate van (on)zekerheid over effectiviteit grafisch is weergegeven.

Op basis van bovenstaande uitgangspunten volgt de Keuzehulp zes logische stappen¹:

- 1) Wat zijn de ernst en aard van de problematiek? Welke doelen willen wij (professional en gezin) bereiken?
- 2) Welke factoren (b)lijken het ontstaan en voortduren van deze problematiek te verklaren?
- 3) Welke kernelementen grijpen aan op deze verklarende factoren?
- 4) Hoe sterk is de evidentie voor effectiviteit van ieder van deze losse kernelementen?
- 5) Welke interventie bevat deze voor dit cliëntstelsel passende kernelementen, en heeft de sterkste evidentie voor effectiviteit?

¹ Voor de verschillende psychosociale problemen waar de consortia onderzoek naar hebben gedaan kan de invulling van de verschillende stappen verschillen.

- 6) Bij uitvoering van de gekozen elementen of interventie: Zijn we onze doelen hiermee inderdaad aan het bereiken?

Basis in Kennis

De Keuzehulp is gebaseerd op een combinatie van wetenschappelijke kennis, praktijkkennis en ervaringskennis.

Een belangrijke bron daarbij zijn de bevindingen van zeven consortia van onderzoeks- en praktijkinstellingen onderzoek naar de werkzaamheid van interventies in het kader van het ZonMW-programma 'Effectief werken in de jeugdsector'. De consortia deden elk onderzoek naar een specifiek probleem of thema, namelijk: 1) Sociale vaardigheden (SoVa); 2) Stemningsproblemen en Angst; 3) Externaliserende gedragsproblemen (ExtrAct); 4) Druk gedrag en ADHD; 5) Opvoedonzekerheid – preventief en lichte problematiek (CIKEO); 6) Multiprobleem gezinnen/Zware opvoedproblemen (MPG/ZOP; en 7) Kindermishandeling. In de diversiteit aan vraagstellingen en onderzoeksopzetten is het zoeken naar de 'werkzame elementen' waaruit interventies zijn opgebouwd een verbindende factor.

Verderop in deze verantwoording wordt per deel van de Keuzehulp beschreven welke kennis wij bij deze consortia, in de Databank Effectieve Interventies Jeugd, in Richtlijnen en in de literatuur hebben opgehaald, en hoe we deze hebben vertaald naar de Keuzehulp.

Werkwijze

- 1) *Ontwikkeling*. Ontwikkeling van de Keuzehulp vond plaats in een herhalende cyclus van drie stappen:
 - 1.a) Kennis ophalen bij de consortia en de DEI over de relaties tussen "Problematiek => Kern Elementen => Interventies" door literatuurstudies en meerdere werksessies per consortium.
 - 1.b) Ontwikkelen van een prototype Keuzehulp Kernelementen, gebaseerd op deze kennis, met daaraan gekoppeld een 'go no-go' moment om door te gaan naar de volgende fase of het prototype eerst verder te verbeteren.
 - 1.c) Uitproberen van dit prototype in focusgroepen met 5 tot 10 professionals, met 5 tot 10 jongeren, en met 5 tot 10 ouders.

Deze drie stappen zijn herhaald tot voldoende consensus was bereikt tussen alle betrokkenen.

1.2 Toelichting selectie interventies

In elk keuzehulpdeel van de Keuzehulp Kernelementen Jeugd zijn interventies opgenomen die preventief of curatief ingezet kunnen worden. Onderstaande criteria zijn leidend geweest bij de selectie van interventies:

- De interventie is erkend door de Erkenningscommissie Jeugdinterventies als ten minste "Effectief: eerste aanwijzingen voor effectiviteit." Behalve als:
 - Er nauwelijks tot geen erkende interventies op dit niveau beschikbaar zijn.
 - Er belangrijke 'kerninterventies' (interventies die aansluiten bij de specifieke kernelementen die zijn onderscheiden in de keuzehulp) ontbreken.
 - Er interventies ontbreken die in de praktijk zeer veel gebruikt worden en waarvan onderzoek heeft laten zien dat zij positieve effecten kunnen hebben.

Dit geldt bijvoorbeeld voor de keuzehulpdelen Gespannen/Angstig, Somber/Depressief en Moeite met sociale of onverwachte situaties of prikkels. In deze gevallen is ook gekeken naar volgens de Erkenningcommissie 'goed onderbouwde' interventies, interventies waarvan de erkenning verlopen is, of zijn andere bronnen geraadpleegd. Bij de selectie van deze interventies is tevens uitgegaan van aanbevelingen die worden gedaan in de [Richtlijnen Jeugdhulp](#) en op de website van het [Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie](#).

- De interventie sluit aan bij het keuzehulpdeel. Erkende interventies die zich richten op thema's die buiten de keuzehulp vallen (denk aan leefstijl, overgewicht, eetstoornissen, verslavingsproblematiek, voorschoolse educatie) zijn niet in het overzicht opgenomen.
- De interventie richt zich op kinderen/jongeren, ouders of het gezin. In de keuzehulp zijn geen interventies opgenomen die zich richten op specifieke problematiek bij volwassenen (denk bijvoorbeeld aan schuldenproblematiek, verslavingsproblematiek of psychiatrische problematiek).²

Over het erkenningstraject

Onderstaande tekst is grotendeels ontleend aan: Kenniscentrum Sport & Bewegen, Movisie, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Nederlands Jeugdinstituut, RIVM, Trimbos-instituut en Vilans (2021). Erkenning van interventies Criteria voor gezamenlijke kwaliteitsbeoordeling 2019-2022.

Aan het begin van deze eeuw groeide in verschillende sectoren zoals de jeugdzorg, jeugdgezondheidszorg en gezondheidsbevordering de behoefte aan meer inzicht in de effectiviteit van interventies. Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) startte in 2005 met het ontwikkelen van een beoordelingssysteem voor de kwaliteit en effectiviteit van interventies. Het RIVM kreeg vanuit VWS de opdracht om iets soortgelijks op te zetten. Samen met het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) ontwikkelden het NJI en het RIVM het eerste concept van een gezamenlijk erkenningstraject voor interventies. Na een aanloopfase in 2008 ging dit gezamenlijke traject officieel van start. Inmiddels zijn ook Movisie, het Kenniscentrum Sport & Bewegen, het Trimbos-instituut (langdurige GGZ) en Vilans (gehandicapten- en ouderenzorg) aangesloten.

Doel van het erkenningstraject is enerzijds om beter zicht te creëren op de kwaliteit en effectiviteit van bestaande interventies en anderzijds om de kwaliteit van programma's in de praktijk (verder) te verbeteren. De basis van het erkenningstraject is het gedachtegoed van prof. dr. Tom van Yperen en prof. dr. Jan Willem Veerman zoals beschreven in hun boek 'Zicht op effectiviteit' en in eerdere notities over de invulling van het erkenningstraject.

De erkenningcommissie kan een interventie erkennen op vier niveaus:

² Als er uit de analyse risico's naar voren komen die niet in de hiernavolgende keuzehulpdelen worden behandeld (denk aan thema's als verslaving, geldzorgen, psychiatrische problemen, ongezonde leefstijl, overgewicht) raadpleeg dan bijvoorbeeld de volgende websites:

- [De GGZ-zorgstandaarden](#): De standaarden bieden overzichten van behandelprogramma's en kernelementen van behandelingen voor volwassenen.
- [De Databank Leefstijlinterventies](#): Overzicht van programma's en activiteiten die voldoen aan belangrijke kenmerken voor succesvol werken aan de gezonde leefstijl van kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen.
- [De Databank Effectieve Sociale interventies](#): In deze databank verzamelt Movisie interventies die sociale vraagstukken aanpakken. Denk aan thema's als huiselijk geweld, discriminatie en eenzaamheid.

- **Goed onderbouwd:** Het probleem, risico of thema, de doelgroep, de doelen, de aanpak en de randvoorwaarden van de interventie zijn helder beschreven. De theoretische onderbouwing maakt de werkzaamheid van de interventie aannemelijk, aan de hand van theorieën en empirische kennis. Voor een erkenning als 'goed onderbouwd' hoeft geen effectonderzoek beschikbaar te zijn. Wel vraagt de erkenningscommissie om een procesevaluatie.
- Effectief volgens:
 - **Eerste aanwijzingen voor effectiviteit:** De effectiviteit is aangetoond met een voor-en nameting. Er zijn twee studies beschikbaar, waarvan er minimaal één is uitgevoerd in Nederland. Bij Nederlands onderzoek met een redelijke tot vrij sterke bewijskracht volstaat één studie voor de erkenning op dit niveau van effectiviteit.
 - **Goede aanwijzingen voor effectiviteit:** De effectiviteit is aangetoond met twee studies met redelijke bewijskracht, bijvoorbeeld quasi-experimenteel onderzoek zonder follow-up. Minstens een van die studies is uitgevoerd in Nederland. Voor erkenning op dit niveau volstaat ook één Nederlands onderzoek met sterke bewijskracht, zoals een gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep en zes maanden follow-up.
 - **Sterke aanwijzingen voor effectiviteit:** De effectiviteit is aangetoond met twee studies met sterke bewijskracht, bijvoorbeeld gerandomiseerd onderzoek met een controlegroep en zes maanden follow-up. Minstens een van die studies is uitgevoerd in Nederland.

In de keuzehulp worden interventies met sterke of goede aanwijzingen voor effectiviteit als eerste genoemd en dikgedrukt weergegeven.

1.3 Toelichting literatuur werkzame elementen

De onderbouwing van de afzonderlijke Keuzehulpdelen is gebaseerd op searches in wetenschappelijke databases (m.n. PsycInfo, Cochrane, Google Scholar). Om deze searches doelgericht te kunnen doen, zijn belangrijke overzichtsstudies (o.a. van de verschillende consortia) en richtlijnen als uitgangspunt gebruikt. Ook is gekeken naar recent Nederlands onderzoek dat zich specifiek heeft gericht op werkzame elementen van interventies.

2. Keuzehulpdeel 'Veiligheid en gezinsbelasting'

2.1 Interventies

Aan dit keuzehulpdeel zijn geen interventies gekoppeld, omdat de keuze voor de juiste aanpak sterk afhankelijk is van de specifieke gezinssituatie. Dit keuzehulpdeel richt zich daarom op het inschatten van de directe veiligheid en risico's in een gezin. De kernboodschap is: werk eerst samen aan directe veiligheid en zet daarna in op risicogestuurde zorg. Daarmee sluit het keuzehulpdeel aan bij het Visiedocument gefaseerde ketensamenwerking (Vögtlander & Arum, 2016) en de leidraad 'Werken aan Veiligheid' (VNG, 2024). Uitgangspunt daarbij is dat veiligheid een belangrijke basisvoorwaarde is voor zowel een goede ontwikkeling van kinderen als voor het nemen van beslissingen over een gezin en het inzetten van behandeling. Zodra de veiligheid gegarandeerd is, kan een grondige analyse van de risico's en (aansluitend) de behoeften binnen het gezin plaatsvinden.

Uit onderzoek blijkt dat het belangrijk is *hoe* deze veiligheids- en risicotaxaties gemaakt worden: intuïtieve inschattingen blijken vaak niet te kloppen, terwijl een gestructureerde uitvraag de validiteit van de analyse sterk verbetert en daardoor leidt tot betere keuzes met het gezin (Van der Put &

Assink, 2021). Deze systematische uitvraag is daarom opgenomen in de eerste twee gesprekken van de keuzehulp.

2.2 Verantwoording

In de afgelopen jaren zijn er veel interventies ontwikkeld om kinderen te beschermen tegen kindermishandeling. Helaas zijn de effecten van die interventies over het algemeen klein (o.a. Euser et al., 2015; Filene, Kaminski, Valle & Cachat, 2013; Geeraerts, van den Noortgate, Grietens & Onghena, 2004 in: Vial, 2021; van der Put et al., 2021). De sterkste effecten worden gevonden wanneer al bij gezinnen met jonge kinderen vroegtijdig opvoedingsondersteuning wordt aangeboden (Backhaus e.a., 2024).

De over het algemeen kleine effecten kunnen volgens Vial (2021) mogelijk verklaard worden door het gegeven dat de inzet van interventies vaak niet voorafgegaan wordt door een betrouwbare en valide taxatie van de veiligheid en risico's in een gezin. Het risk-need-responsivity model (RNR-model) – dat in strafrechtelijk kader veel wordt gebruikt – biedt aanknopingspunten voor een betere toewijzing van passende interventies. Bij toepassing van het RNR-model in de jeugdbescherming, onderscheidt Vial de volgende stappen: a) er moet gestart worden met een veiligheidstaxatie waarmee de directe veiligheid van een kind wordt beoordeeld. Vervolgens zijn de volgende taxaties van belang om een passende interventie te kiezen: (b) een risicotaxatie waarin het risico voor toekomstige kindermishandeling wordt geschat, (c) een behoeftetaxatie waarin de zorgbehoeften van het kind en het gezin worden bepaald, en (d) een responsiviteitstaxatie waarin de capaciteiten en eigenschappen van het kind en gezin worden getaxeerd (Vial, 2021; Bijlsma et al., 2022).

De tekst hieronder gaat dieper in op de verschillende onderdelen die van belang zijn bij het maken van een betrouwbare en valide taxatie van de veiligheid en risico's in een gezin.

Stap 1. Inschatten van directe veiligheid

Een kind moet zich veilig en geborgen voelen om zich goed te kunnen ontwikkelen. Daarom is een veilige opvoedingsomgeving een noodzaak die altijd gewaarborgd moet worden. Veiligheid is ook een criterium voor het *nemen van beslissingen* over kind en gezin. Wanneer ouders de veiligheid van hun kind onvoldoende kunnen waarborgen, is ingrijpen van buitenaf noodzakelijk, in de vorm van hulp of beschermingsmaatregelen. Veiligheid is tenslotte ook een basisvoorwaarde voor *behandeling*. In een goed hulpaanbod voor mishandelde kinderen moeten de fysieke en emotionele veiligheid van het kind steeds gewaarborgd zijn. Dit geldt voor, tijdens en bij afsluiting van de hulp (ten Berge en Bakker, 2009).

Wat houdt het begrip veiligheid precies in? ten Berge en Bakker (2009) geven aan dat veiligheid ten eerste betekent dat er regelmaat en stabiliteit in het gezin is. Hieronder vallen begrippen als overzicht, structuur, continuïteit en voorspelbaarheid. Een tweede aspect van veiligheid betreft de lichamelijke en emotionele zorg voor het kind. Dit wordt aangegeven met termen als zorg, acceptatie, basale verzorging en bescherming. Veiligheid heeft hierbij niet alleen betrekking op het opvoedingsklimaat, maar ook op de leef-/woonomgeving (zoals een veilige wooninrichting en buurt). In de derde plaats betreft veiligheid het gevoel van geborgenheid van kinderen. Kinderen die zich veilig en geborgen voelen, ervaren hun omgeving als een veilige basis van waaruit zij zich emotioneel kunnen ontwikkelen en een gevoel van innerlijke veiligheid krijgen. Tot slot betekent veiligheid voor het kind de afwezigheid van geweld en misbruik, en bescherming tegen enige vorm van misbruik. Veiligheid heeft daarmee een fysieke en een emotionele dimensie. Fysieke veiligheid heeft betrekking op de lichamelijke integriteit en fysieke behoeften van het kind. Emotionele veiligheid heeft betrekking op de gevoelens van het kind en de relatie tussen kind en ouders.

Omdat veiligheid een basisvoorwaarde is voor zowel een goede ontwikkeling van kinderen als bijvoorbeeld voor het inzetten van behandeling, is het van belang om binnen een gezin allereerst vast te stellen of er **op dit moment** sprake is van een onveilige opvoedomgeving en, als dit het geval is, veiligheidsafspraken vast te leggen in een veiligheidsplan (zie verderop) (Van der Put, Gubbels, Bijlsma & van der Stouwe, 2022; Van der Put et al., 2018; Vogtländer & Van Arum, 2016). Veiligheid is een normatief concept. Wat we wel en niet acceptabel vinden wordt beïnvloed door culturele, maatschappelijke en persoonlijke normen en waarden. Om de thuissituatie van een kind zo objectief mogelijk te beoordelen, is het daarom belangrijk om een (gevalideerd) instrument te gebruiken (ten Berge & Bakker, 2009). Het gebruik van een instrument ondersteunt bij het systematisch wegen en beoordelen van de verzamelde informatie, voorkomt dat relevante aspecten van de veiligheid over het hoofd gezien worden en helpt onderscheid te maken tussen belangrijke en minder belangrijke informatie (Bartelink, 2018).

Onderzoek naar veiligheidstaxatie-instrumenten

Met veiligheidstaxatie-instrumenten wordt de directe (ook wel huidige of acute) veiligheid van een kind beoordeeld (Vial, 2021). Het gaat hierbij om de vraag of een kind op het moment van afname gevaar loopt, waardoor direct gehandeld moet worden om het kind veilig te stellen (Bartelink, ten Berge & Prakken, 2017; van der Put & Assink, 2021). Zowel van der Put & Assink (2021) als Vial et al (2020) wijzen erop dat bestaande veiligheidstaxatie-instrumenten nauwelijks zijn onderzocht op constructvaliditeit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid. Ook de veiligheidstaxatie-instrumenten die in Nederland worden gebruikt, zijn niet of nauwelijks geëvalueerd. Vial et al (2020) onderscheiden drie studies die de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid onderzochten (Bartelink et al., 2017; Vial, Assink et al., 2019 en Orsi, Drury & Mackert, 2014). De uitkomsten in de studies zijn niet eenduidig en meer onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de instrumenten is daarom nodig. Een belangrijke conclusie van de onderzoekers is dat in veel veiligheidstaxatie-instrumenten belangrijke termen zoals 'onmiddellijk/direct' (zoals 'immediate danger' of 'immediate child safety') en 'bedreiging' niet gedefinieerd worden. Een belangrijke aanbeveling van de onderzoekers is om dit wel te gaan doen. De onderzoekers concluderen op basis van een vergelijking van verschillende veiligheidstaxatie-instrumenten tot slot dat een aantal facetten (zoals seksueel misbruik; niet voorzien in de directe behoeften van het kind; middelenmisbruik dat de verzorger belet om toezicht te houden of het kind te beschermen of te verzorgen en schadelijke fysieke leefomstandigheden) standaard gemeten zou moeten worden binnen veiligheidstaxatie-instrumenten.

Voor de Keuzehulp impliceert dit dat het belangrijk is om gestructureerd en zo concreet mogelijk naar veiligheid te vragen, en dit onderwerp niet alleen te adresseren als er bij voorbaat zorgen over zijn. In de Keuzehulp wordt dit onderwerp daarom standaard besproken met een gesprekskaart (die het ook vereenvoudigd om over het gevoelige onderwerp te beginnen) en wordt daarbij zo concreet mogelijk met schalen ingegaan op de ernst volgens de verschillende betrokkenen.

Als dit aanleiding geeft tot zorgen over veiligheid is het belangrijk door te vragen met gestructureerde instrumenten, omdat intuïtieve inschattingen van veiligheid niet valide blijken te zijn (zie hierboven). In Nederland zijn hiervoor de volgende gevalideerde instrumenten beschikbaar:

Instrumenten die in Nederland beschikbaar zijn

Met het **Triage-instrument Veilig Thuis** versie 1.0 (Vögtlander & van Arum, 2017) kunnen medewerkers van Veilig thuis iedere melding van (een vermoeden van) huiselijk geweld en kindermishandeling beoordelen op direct gevaar, op ernst van de onveiligheid en de complexiteit van de problematiek, om vervolgens toe te kunnen leiden naar de specifieke expertise die nodig is om de veiligheid op maat te managen en op termijn risico gestuurde zorg te bieden. Aan de basis van het instrument ligt de visie dat samenwerking tussen professionals en met ouders voorop staat en dat

deze samenwerking in de eerste plaats gericht moet zijn op het werken aan directe veiligheid en pas daarna gericht kan worden op het aanpakken van de oorzaken die ten grondslag liggen aan de onveiligheid. Dit laatste wordt 'risico gestuurde zorg' genoemd en moet leiden tot stabiele veiligheid. Deze stabiele veiligheid legt weer de basis voor het werken aan herstel. Dit model, waarbij eerst samengewerkt wordt voor veiligheid en daarna samengewerkt wordt voor risico gestuurde en herstelgerichte zorg, wordt 'gefaseerde ketenzorg' genoemd (Vogtlander & Arum, 2016; Vink, de Wolff, Broerse, Kamphuis, 2020).

Een ander in Nederland beschikbaar instrument gericht op het beoordelen van de huidige veiligheidssituatie van de kinderen in het gezin is de **LIRIK (Licht Instrument Risicotaxatie Kindermishandeling)**; Ten Berge & Eijgenraam, 2009). Dit is een checklist voor vermoedens van actuele kindermishandeling of anderszins onveilige opvoedingssituaties, en een klinisch instrument voor het inschatten van het risico op kindermishandeling in de nabije toekomst in gezinnen met een of meerdere kinderen van 0 tot 23 jaar. Onderzoek van Bartelink, de Kwaadsteniet, ten Berge, Witteman & van Gastel (2015) laat zien dat de LIRIK geen instrument is om tot een objectief oordeel te komen over veiligheidssituaties en risico's. De conclusies die professionals met behulp van de LIRIK trekken over de veiligheid en de risico's bieden geen garantie dat het kind (op termijn) ook daadwerkelijk (niet) veilig is. Wel helpt de LIRIK-professionals om gestructureerd te werken, tunnelvisie te voorkomen, systematisch naar veiligheid en risico's te kijken en het professionele oordeel expliciet te maken.

De **ARIJ-VT (Actuarieel Risicotaxatie Instrument voor Jeugdbescherming)** (van der Put et al. 2015) werd ontwikkeld nadat bleek dat de veelgebruikte LIRIK niet goed in staat was om het risico op kindermishandeling in te schatten (Vial, 2021). De ARIJ bestaat uit:

- een veiligheidstaxatie waarmee wordt bepaald of de jeugdige direct veilig moet worden gesteld (ARIJ-VT);
- een risicotaxatie waarmee de kans op terugval wordt ingeschat (ARIJ-RT);
- een dynamisch risicoprofiel (gebaseerd op de LIRIK) waarmee verandering over tijd kan worden gemonitord en aanknopingspunten kunnen worden verkregen voor interventie;
- een behoeftetaxatie waarmee nagegaan wordt *wat* er in en met het gezin aangepakt moet worden (ARIJ-NEEDS).

De bruikbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid van de ARIJ-veiligheidstaxatie en risicotaxatie zijn door Vial (2021) onderzocht. Naar aanleiding van de resultaten uit die studies is het instrument steeds aangepast (zo werd door het toevoegen van het aspect 'emotionele mishandeling' aan de ARIJ-veiligheidstaxatie bijvoorbeeld de inhoudsvaliditeit verbeterd). Op basis daarvan concludeert de onderzoeker dat het aannemelijk is dat deze nieuwe instrumenten zorgen voor betere taxaties in de jeugdzorg, waardoor kinderen en hun gezinnen beter verwezen kunnen worden naar passende interventies.

Adviezen bij het bespreken van (on)veiligheid

Ten Berge en Bakker (2009) en Turnell en Edwards (2009) geven (op basis van literatuuronderzoek en praktijkervaringen) verschillende tips en aanwijzingen om veiligheid op een neutrale, niet-veroordelende en niet-bedreigende manier met gezinsleden te bespreken.

- Benoem de feiten zo concreet mogelijk en wacht niet te lang met ze ter sprake te brengen bij duidelijke signalen van onveiligheid
- Wees open en eerlijk (over de reden voor het gesprek en de zorgen die er spelen)
- Wees duidelijk over de eigen rol en positie
- Beschuldig of veroordeel niet. Geef erkenning en complimenten.

- Leg de nadruk niet alleen op het stoppen van onveiligheid, maar geef ook aan wat gezinsleden wel kunnen doen.
- Neem de ouder serieus
- Praat meerdere keren over het onderwerp. Herhaling helpt om elkaar echt goed te begrijpen en instemming van de gezinsleden te verkrijgen.

Veiligheidsplan opstellen

Als er sprake is van directe onveiligheid is het van belang een veiligheidsplan op te stellen (van der Put et al., 2018; Vogtlander & van Arum, 2016). Het is belangrijk dit te doen met alle betrokkenen (de jeugdigen, de ouders en andere volwassenen in het netwerk die mee willen helpen de veiligheid te garanderen) (Turnell & Edwards, 2009). Zo'n veiligheidsplan behoort o.a. informatie te bevatten over de veiligheidsdoelen, belangrijke afspraken die gemaakt zijn voor het bevorderen van de veiligheid, namen van personen die een belangrijke rol spelen bij het bevorderen van de veiligheid en informatie over de geldigheidsduur. Turnell en Essex (2010) benadrukken dat een veiligheidsplan geen statisch document is, maar steeds verder ontwikkeld, bijgeschaafd en periodiek geëvalueerd moet worden.

Stap 2. Risicotaxatie

Als er geen sprake (meer) is van directe onveiligheid is stap twee het uitvoeren van een risicotaxatie. Het doel van risicotaxatie-instrumenten is om de kans op toekomstige kindermishandeling in te schatten op basis van risicofactoren die aanwezig zijn bij een kind en in het gezin. Risicotaxatie-instrumenten kunnen worden onderverdeeld in klinische instrumenten en actuariële instrumenten. In klinische instrumenten wordt het risico door een professional ingeschat op basis van zijn kennis, ervaring en intuïtie. Onderzoek heeft echter laten zien dat klinische instrumenten slecht presteren. Uit sommige onderzoeken blijkt zelfs dat klinische methoden niet beter dan 'toeval' presteren (Baird & Wagner, 2000; Barber, e.a., 2008; in: van der Put, 2015). Daarom werden actuariële instrumenten ontwikkeld. Actuariële instrumenten bevatten alleen risicofactoren waarvan in wetenschappelijk onderzoek is aangetoond dat deze samenhangen met recidive.

Van der Put, Assink, & Boekhout van Solingen (2017) verrichtten een meta-analyse naar de predictieve validiteit (voorspelkracht) van risicotaxatie-instrumenten voor kindermishandeling die wereldwijd worden gebruikt. De studie laat zien dat instrumenten voor kindermishandeling gemiddeld een matige voorspelkracht hebben. Verder bleek dat het starten met kindermishandeling (in risicogroepen of in de algemene populatie) beter kon worden voorspeld met de instrumenten dan herhaling van kindermishandeling (in groepen waarin al eerder sprake was van kindermishandeling). Tot slot bleken zoals verwacht actuariële instrumenten significant beter te voorspellen dan klinische instrumenten. De onderzoekers raden daarom aan om actuariële instrumenten in te zetten. Deze zijn onder andere betrouwbaarder dan klinische instrumenten omdat professionals allemaal dezelfde objectieve scoringsregels toepassen, onafhankelijk van hun ervaring en opleiding. Eerder onderzoek heeft bovendien laten zien dat het voor professionals niet alleen heel lastig is om de belangrijkste factoren te selecteren en op de juiste manier te wegen, maar ook om rekening te houden met complexe interacties tussen factoren. Vial et al (2020) geven aan dat de validiteit en betrouwbaarheid van risicotaxatie-instrumenten beter kan. Studies naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van risicotaxatie-instrumenten laten gemengde en onduidelijke resultaten zien. Ook zij vonden dat actuariële instrumenten het beter doen dan klinische instrumenten op zowel predictieve validiteit als betrouwbaarheid.

Risico-taxatie instrumenten in Nederland

De **CFRA-NL (California Family Risk Assessment)**, door Hermanns (2006) naar het Nederlands vertaald, is een actuariel instrument dat bestaat uit een vragenlijst voor de professional. Op basis van een score kan een objectieve inschatting worden gemaakt van de kans dat een jeugdige in de komende 18 tot 24 maanden binnen het gezin mishandeld of verwaarloosd wordt. De predictieve validiteit van de CFRA-NL is onderzocht (van der Put et al, 2016). Dat onderzoek vond dat het instrument een goede voorspelkracht heeft indien de totaalscore wordt gehanteerd in plaats van de gecategoriseerde score of indien alleen de significante items worden meegewogen. Daarnaast is een veelbelovende set items gevonden die mogelijk een nog beter risicotaxatie-instrument vormen.

De **ARIJ-RT (ARIJ-Risicotaxatie)** (van der Put et al. 2015; zie voor toelichting eerder in dit document). De bruikbaarheid, validiteit en betrouwbaarheid van de ARIJ (zowel de risicotaxatie als de veiligheidstaxatie) zijn door Vial (2021) onderzocht. Naar aanleiding van die resultaten is het instrument steeds aangepast. Op basis daarvan concludeert de onderzoeker dat het aannemelijk is dat deze nieuwe instrumenten zorgen voor betere taxaties in de jeugdzorg, waardoor kinderen en hun gezinnen beter verwezen kunnen worden naar passende interventies. Hierbij benadrukt de onderzoeker wel dat de predictieve validiteit van de ARIJ-Risicotaxatie redelijk is, waardoor er dus nog steeds ruimte voor verbetering is.

Een ander risicotaxatie-instrument dat gebruikt kan worden om de aanwezigheid van wetenschappelijk onderbouwde risicofactoren voor kindermishandeling in een gezin in kaart te brengen, is de **CARE-NL (Child Abuse Risk Evaluation – Nederlandse versie)** (de Ruiters & de Jong, 2006). In 2020 verrichtten de Ruiters, Hildebrand & van den Hoorn een retrospectieve validatiestudie naar de CARE-NL en concluderen er sprake is van een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. De predictieve validiteit (follow-up periode > 2 jaar) voor uithuisplaatsing en ondertoezichtstelling was ook goed (de Ruiters et al., 2020).

De voorgaande lijsten zijn beschikbaar voor de jeugdbescherming en jeugdzorg. In de JGZ is op dit moment 1 actuariel risico-taxatie instrument beschikbaar en dat is de **selectievragenlijst voor Stevig Ouderschap** (van der Put et al., 2018). De predictieve validiteit van de vragenlijst bleek beter dan de klinische inschatting van JGZ-professionals. Daarmee leidt grootschaliger inzet waarschijnlijk tot een betere vroegsignalering van gezinnen met een verhoogd risico op kindermishandeling.

Stap 3. Behoeftetaxatie

Indien er sprake is van een verhoogd risico is een volgende stap om een behoeftetaxatie uit te voeren om de zorgbehoefte van kind en gezin te kunnen bepalen en gezinnen te kunnen toeleiden naar passende interventies. Sommige onderzoekers raden daarnaast een responsiviteitstaxatie aan waarin de capaciteiten en eigenschappen van het kind en het gezin worden getaxeerd (Vial, 2021).

In de praktijk worden de termen risicotaxatie en behoeftetaxatie regelmatig door elkaar gebruikt. Van der Put et al (2015) zetten het onderscheid duidelijk uiteen. Voor behoeftetaxatie is het in kaart brengen van dynamische (veranderbare) risicofactoren van belang, terwijl voor risicotaxatie alleen de sterkste voorspellers voor recidive/terugval gemeten moeten worden, welke vaak statische factoren zijn, zoals het aantal eerdere gevallen van mishandeling en/of verwaarlozing. Risicotaxatie geeft aan wie behandeld zou moeten worden (kinderen met een hoog risico op mishandeling/verwaarlozing) en wat de gewenste intensiteit van de behandeling is (hoe hoger het risico, hoe hoger de gewenste intensiteit), terwijl behoeftetaxatie aangeeft wat behandeld moet worden, oftewel waar de behandeling zich op zou moeten richten (de aanwezige dynamische risicofactoren). Met een

instrument voor behoeftetaxatie kan tevens de voortgang van interventies worden gemonitord. Zo kan worden gemeten welke dynamische risicofactoren zijn afgenomen en wat deze afname betekent in termen van verlaging van risico's op terugval (van der Put et al., 2015 en Vink et al., 2020).

Instrument in Nederland voor behoeftetaxatie

De **ARIJ-NEEDS** is een onderdeel van de ARIJ: een behoeftetaxatie-instrument dat is ontwikkeld met als doel de belangrijkste veranderbare risicofactoren in kaart te brengen waarop met interventie(s) kan worden aangegegrepen (Van der Put et al., 2018; in: van der Put et al., 2022). De ARIJ-NEEDS is een computerapplicatie. In een pilotonderzoek (semigestructureerde interviews met 15 professionals) is de klinische waarde en bruikbaarheid onderzocht. De bevindingen wijzen erop dat ARIJ-NEEDS professionals kan ondersteunen in het identificeren van relevante aanknopingspunten voor behandeling in gezinnen (Bijlsma et al., 2023).

In te zetten zorg

Hulpverlening na kindermishandeling en/of huiselijk geweld kent een aantal fasen. Naast en na veiligheid moet gewerkt worden aan risico gestuurde en herstelgerichte zorg. Risico gestuurde zorg is gericht op het diagnosticeren, analyseren en aanpakken van onderliggende factoren die (herhaalde) onveiligheid in stand houden, met als doel structurele en stabiele veiligheid te realiseren.

Herstelgerichte zorg is, zo ver als mogelijk, gericht op behandeling en aanpak van de gevolgen van de onveiligheid en op herstel van veiligheid (Vogtländer & van Arum, 2016, p. 29)

Van der Put et al (2022) maken het volgende onderscheid: (a) risico gestuurde zorg, oftewel interventies gericht op de vermindering van de aanwezige veranderbare risicofactoren; (b) herstelgerichte zorg, oftewel interventies gericht op de behandeling van de gevolgen van kindermishandeling, zoals traumabehandeling; en (c) compenserende zorg, oftewel zorg die wordt ingezet bij gezinnen waarbij het risico voortkomt uit onveranderbare risicofactoren, zoals LVB-problematiek (Van der Put e.a., 2018; Vogtländer & Van Arum, 2016; in: van der Put et al., 2022). De verschillende keuzehulpdelen bieden aanknopingspunten voor de inhoud van deze zorg.

Referenties

- Backhaus, S., Gardner, F., Melendez-Torres, G.J., Berry, V., Filomena Gaspar, M., Hutchings, J., Menting, A.T.A., De Castro, B.O., & Leijten, P.H.O. (2024). Equity effects of parenting interventions to reduce violence against children: Individual participant data and aggregate-level meta-analysis. *Manuscript submitted for publication*.
- Baird, C., & Wagner, D. (2000). The relative validity of actuarial-and consensus-based risk assessment systems. *Children and Youth Services Review*, 22(11-12), 839-871.
- Barber, J. G., Shlonsky, A., Black, T., Goodman, D., & Trocmé, N. (2008). Reliability and predictive validity of a consensus-based risk assessment tool. *Journal of Public Child Welfare*, 2(2), 173-195.
- Bartelink, C., Kwaadsteniet, L. de, Berge, I. ten, Witteman, C., & Gastel, W. van (2015). *Betrouwbaarheid en validiteit van de LIRIK: Eindrapport LIRIK valideringsonderzoek*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bartelink, C., Berge, I. ten & Prakken, J. (2017). *Veiligheid en risico's inschatten: wat helpt? De zin en onzin van risicotaxatie-instrumenten*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut
- Bartelink, C. (2018). Dilemmas in child protection: Methods and decision-maker factors influencing decision-making in child maltreatment cases. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. Rijksuniversiteit Groningen.

- Berge, I. J. ten & Eijgenraam, K. (2009). *Licht Instrument Risicotaxatie Kindermishandeling (LIRIK)*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bijlsma, A. M., Assink, M., Stams, G. J. J., & van der Put, C. E. (2022). A critical evaluation of the risk, need, and responsivity principles in family interventions for delinquent youth: A meta-analysis. *Criminal Justice Review*, 07340168221140830.
- Bijlsma, A., Assink, M., & van der Put, C. (2023). Jeugdbescherming op maat: Een pilotonderzoek naar ARIJ-Needs. *Jeugd in Ontwikkeling*.
- de Ruiter, C., & de Jong, E. M. (2006). *CARE-NL: Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht.
- de Ruiter, C., Hildebrand, M., & van der Hoorn, S. (2020). The Child Abuse Risk Evaluation Dutch Version (CARE-NL): A retrospective validation study. *Journal of Family Trauma, Child Custody & Child Development*, 17, 37-57.
- Euser, S., Alink, L. R., Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2015). A gloomy picture: A meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. *BMC public health*, 15(1), 1-14.
- Filene, J. H., Kaminski, J. W., Valle, L. A., & Cachat, P. (2013). Components associated with home visiting program outcomes: A meta-analysis. *Pediatrics*, 132(Supplement_2), S100-S109.
- Geeraert, L., Van den Noortgate, W., Grietens, H., & Onghena, P. (2004). The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: A meta-analysis. *Child maltreatment*, 9(3), 277-291.
- Hermanns, J. (2006). *California Family Risk Assessment (CFRA). Nederlandse vertaling en instructie*.
- Orsi, R., Drury, I. J., & Mackert, M. J. (2014). Reliable and valid: A procedure for establishing item-level interrater reliability for child maltreatment risk and safety assessments. *Children and youth services review*, 43, 58-66.
- Ten Berge, I. & Bakker, A. (2009). *Veilig thuis? Handreiking voor het beoordelen en bespreken van veiligheid van kinderen in hun thuissituatie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Turnell, A., & Edwards, S. (2009). *Veilig opgroeien. De oplossingsgerichte aanpak Signs of Safety in jeugdzorg en kinderscherming*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Turnell, A., & Essex, S. (2010). *Als er 'niets aan de hand' is. Een oplossingsgerichte methode bij ontkenning van kindermishandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- van der Put, C., Assink, M., & Stams, G. J. (2015). Actuarieel Risicotaxatie Instrument voor Jeugdbescherming (ARIJ): eindrapport. *Amsterdam: Afdeling Forensische Orthopedagogiek, Universiteit van Amsterdam*.
- van der Put, C.E., Hermanns, J. & Sondejker, F. (2016). Inschatten van het risico op kindermishandeling bij aanvang van gezinsinterventies: De predictieve validiteit van de Nederlandse versie van de California Family Risk Assessment (CFRA). *Kind Adolescent* 37, 213–229.
- van der Put, C. E., Assink, M., & van Solinge, N. F. B. (2017). Predicting child maltreatment: A meta-analysis of the predictive validity of risk assessment instruments. *Child abuse & neglect*, 73, 71-88.
- van der Put, C., Assink, M., Gubbels, J., van Lent, J., & Jan Stams, G. (2018). Risico op kindermishandeling verlagen met arij-needs: 'What works-principes' in de jeugdzorg: een nieuw instrument. *Kind & Adolescent Praktijk*, 17, 16-24.

- van der Put, C. E., Bouwmeester-Landweer, M. B. R., Landsmeer-Beker, E. A., Wit, J. M., Dekker, F. W., Kousemaker, N. P. J., & Baartman, H. E. M. (2018). De predictieve validiteit van de Screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap. *JGZ Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg*, *50*, 33-39.
- van der Put, C., & Assink, M. (2021). Screening en risicotaxatie van kindermishandeling. In J. Hendriks, G. J. Stams, & J. Asscher (editors), *Handboek forensische orthopedagogiek* (blz. 179-189). (Ortho: inleidingen, monografieën en leerboeken op het gebied van de orthopedagogiek). Lemniscaat.
- van der Put, C., Gubbels, J., Bijlsma, A. & van der Stouwe, T. (2022). *Wat werkt bij vroegtijdige preventie van kindermishandeling? Overzicht, samenvattingen en conclusies onderzoek Consortium Vroegpreventie Kindermishandeling*. Amsterdam.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2024). *Werken aan veiligheid. Leidraad voor gemeenten voor de opdrachtverstrekking aan lokale teams (voorheen kwaliteitskader Werken aan veiligheid voor lokale (wijk)teams en gemeenten*. Den Haag: VNG.
- Vial, A., Assink, M., Stams, G. J. J., & van der Put, C. (2019). Safety and risk assessment in child welfare: A reliability study using multiple measures. *Journal of Child and Family Studies*, *28*, 3533-3544.
- Vial, A., Assink, M., Stams, G. J. J., & van der Put, C. (2020). Safety assessment in child welfare: A comparison of instruments. *Children and youth services review*, *108*, 104555.
- Vial, A. (2021). *Safety and risk assessment in child welfare: Moving forward*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Vink, R., de Wolff, M., Broerse, A. & Kamphuis, M. (2020). *Richtlijn Kindermishandeling voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen, Nederlands Jeugdinstituut.
- Vogtländer, L., & van Arum, S. (2016). *Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg Een duurzame visie op ketenzorg bij kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik en de centrale rol hierbij van het triage-instrument Veilig Thuis*. GGD GHOR Nederland.
- Vogtländer, L. & Van Arum, S. (2017). *Triage-instrument Veilig Thuis versie 1.0 – Veiligheidstaxatie en toewijzing zorg*. GGD GHOR Nederland.

3. Keuzehulpdeel ‘Opvoedvragen en -onzekerheid’

3.1 Interventies

Matige opvoedonzekerheid/opvoedvragen

Goede aanwijzingen voor effectiviteit

- **Home-Start:** Home-Start is een laagdrempelig, preventief programma waarin getrainde vrijwilligers ouders helpen hun opvoedvaardigheden en sociale netwerk te vergroten. Doelgroep bestaat uit ouders met minstens één kind dat jonger is dan 7 jaar, die alledaagse opvoedvragen hebben, zich niet voldoende competent voelen in de opvoeding en weinig steun ervaren vanuit hun omgeving. Een vrijwilliger met opvoedervaring biedt ouders wekelijks lichte opvoedondersteuning, praktische opvoedhulp en vriendschappelijk contact.
- **Praten met kinderen:** Praten met kinderen is bestemd voor ouders die problemen ervaren met licht externaliserend gedrag van hun kind (10-15 jaar). Om het externaliserende gedrag te verminderen, zijn de centrale doelen van deze interventie: het verbeteren van de communicatie tussen ouder en kind en het vergroten van de vaardigheden van ouders om problemen op te lossen.

Eerste aanwijzingen voor effectiviteit

- **Stevig Ouderschap** De interventie geeft gezinnen met een minder makkelijke start een steuntje in de rug (het gaat om gezinnen met belastende voorgeschiedenis, persoonlijke problemen, onvoldoende steunende context en/of verzwaarde opvoeding). Met circa vier prenatale en zes tot tien postnatale huisbezoeken (leeftijd kinderen loopt van -5 maanden tot 2,5 jaar) van een speciaal opgeleide jeugdverpleegkundige worden ouders geholpen hun zelfvertrouwen en zelfredzaamheid te vergroten en hun sociale netwerk te versterken. De methode gaat uit van eigen kracht, eigen behoeften en eigen invulling. Doel is voorkomen van ernstige opvoedproblemen, waaronder kindermishandeling.
- **Triple P niveau 3:** een gerichte opvoedtraining voor ouders van 0- tot 18-jarigen met specifieke opvoedvragen over enkelvoudig probleemgedrag dat niet langer dan zes maanden bestaat en dat niet wordt verergerd door een stoornis of een ongunstige gezinssituatie. Einddoel: De competentie en het zelfvertrouwen van ouders bij het opvoeden van kinderen vergroten om gedrags- en emotionele problemen bij kinderen en jongeren te voorkomen, te verhelpen of te verminderen.

Ernstige opvoedonzekerheid/opvoedvragen

Sterke aanwijzingen voor effectiviteit

- **Video-feedback intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD):** VIPP-SD is een gedragsinterventie voor ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 6 jaar. De doelgroep bestaat uit opvoeders met problemen bij sensitief opvoeden of grenzen stellen, resulterend in problemen in de ouder-kindrelatie en (een verhoogd risico op) externaliserende gedragsproblemen bij het kind. Het programma wil gedragsproblemen voorkomen of verminderen door opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken, met aandacht voor positieve interactie en sensitieve disciplineringsstrategieën. Dit gebeurt in 6 huisbezoeken door middel van feedback op video-opnamen van interacties tussen ouder en kind.
- **Incredible Years:** groepstraining voor ouders van kinderen (3 tot en met 8 jaar) met een oppositioneel-opstandige of antisociale gedragsstoornis, of met het risico die te ontwikkelen.

Incredible Years heeft tot doel de afname van het sociaal storende gedrag dat de doelgroep kenmerkt, de toename van sociaal passend gedrag en het stimuleren van de sociale, emotionele en schoolse ontwikkeling van het kind. In groepsverband leren ouders opvoedingsvaardigheden zoals kindgericht spelen; sociale, emotionele en schoolse vaardigheden coachen; en gewenst gedrag bij kinderen stimuleren via complimenten en beloningen. Ook leren ouders hoe ze ongewenst gedrag kunnen verminderen.

Goede aanwijzingen voor effectiviteit

- **Voorzorg:** VoorZorg richt zich op het terugdringen van kindermishandeling of het risico daarop. Verpleegkundigen bezoeken kwetsbare jonge vrouwen tijdens hun zwangerschap en eerste levensjaren van het kind. Het hoofddoel is het gezond, veilig en kansrijk laten opgroeien van kinderen in gezinnen die door een opeenstapeling van risicofactoren in een kwetsbare situatie verkeren.
- **Parent Child Interaction Therapy (PCIT):** Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is een interventie gericht op het vergroten van opvoedvaardigheden van ouders en het verminderen van gedragsproblemen van jonge kinderen (2-7 jaar).
- **Behavioral Parent Training Groningen – Groep:** gedragstherapeutische groepstraining voor ouders van kinderen (4 tot 12 jaar) met ADHD en gedragsproblemen. Hoofddoel is het verminderen van gedragsproblemen bij de kinderen. De training biedt ouders kennis over de problematiek van hun kind en traint hen in vaardigheden om het gedrag van hun kind te beïnvloeden. De training heeft vier fasen: psycho-educatie; het vooraf beïnvloeden van gedrag door bijvoorbeeld heldere regels en instructies; het achteraf beïnvloeden van gedrag door bijvoorbeeld belonen van gewenst en negeren van ongewenst gedrag; en het vasthouden van de geleerde vaardigheden.
- **Minder Boos en opstandig:** Minder Boos en Opstandig is een interventie gericht op het vergroten van emotie-regulerende en sociale probleemoplossende vaardigheden bij kinderen van 8 tot 12 jaar met gedragsproblemen (klinisch en subklinisch niveau) en op het vergroten van opvoedingsvaardigheden van hun ouders. Er is een groeps- en een individuele variant.

Eerste aanwijzingen voor effectiviteit

- **De Ouder-baby interventie:** is een (geïndiceerd) preventieve interventie, gericht op depressieve moeders met een jong kind (tot en met 12 maanden). Doel is het verbeteren van de interactie tussen moeder en kind en de sensitieve responsiviteit van de moeder. Uiteindelijk doel is voorkomen dat het kind op latere leeftijd psychosociale problemen ontwikkelt.
- **Triple P niveau 4 en 5:** Niveau 4 van het Positief Pedagogisch Programma – Triple P – is een oudertraining gericht op het voorkomen of verminderen van ernstige gedrags-, emotionele en ontwikkelingsproblemen bij jeugdigen (van 2 tot 16 jaar). Het aanvullende niveau 5 is gericht op bijkomende risicofactoren in het gezin. Gericht op kinderen met ernstige emotionele en gedragsproblemen.
- **Parent Management Training Oregon (PMTO):** behandeling voor gezinnen met één of meer kinderen (tussen de 4 en 12 jaar) met ernstige externaliserende gedragsproblemen, al dan niet gecombineerd met hyperactiviteit. Het doel van de behandeling is dat de kinderen beter gaan functioneren en hun gedragsproblemen verminderen doordat hun ouders meer effectieve opvoedingsstrategieën toepassen.

3.2 Verantwoording

Opvoeden gaat gepaard met onzekerheid, vragen, twijfels en zorgen. Die onzekerheden horen bij het 'gewone, dagelijkse opvoeden' (Oudhof, de Wolff, de Rooter, Kamphuis, L'Hoir & Prinsen, 2013; Fierloos, Windhorst, Fang & Raat, 2020). Vaak kunnen ouders met deze vragen terecht in hun sociale netwerk, maar soms is dit niet voldoende. Wanneer opvoedvragen en onzekerheden zich opstapelen kan opvoedspanning ontstaan. Een opeenstapeling van opvoedvragen en opvoedspanning kan vervolgens uitmonden in opvoedproblemen (Blokland, 2010).

Opvoedondersteuning is een verzamelbegrip voor allerlei activiteiten, interventies en programma's die gericht zijn op het vergroten van de opvoedingscompetenties van ouders (Ince & Udo, 2018). De piramide van opvoedingsondersteuning' (van Dijk en Prinsen, 2009; in: Oudhof et al., 2013), waarbij de behoefte van ouders een leidend principe is, maakt inzichtelijk welke vormen van opvoedondersteuning er zijn (overgenomen uit: Oudhof et al., 2013, 'onderbouwing methoden en programma's', [Nederlands Centrum Jeugdgezondheid | Onderbouwing \(jgzsrichtlijnen.nl\)](http://www.jgzs.nl)).



Vanaf niveau B is er sprake van formele opvoedondersteuning. Dit niveau heeft betrekking op algemene, anticiperende voorlichting en advies bestemd voor alle ouders. Wanneer dit niet voldoende is, is er sprake van een behoefte aan hulp (niveau C). Onder dit niveau valt alle lichte opvoedhulp, bestemd voor alle ouders. Het gaat hier bijvoorbeeld om vraaggerichte advisering, korte begeleiding van ouders en praktische hulp. Onder niveau D vallen alle vormen van opvoedingsondersteuning die gericht zijn op specifieke subgroepen van gezinnen: risicogroepen of gezinnen waar bepaalde problemen rond opvoeding en ontwikkeling geconstateerd zijn (Oudhof et al., 2013).

Naar niveau B en C (universele informatie en advies en universele opvoedondersteuning) is – hoewel zij veelgebruikt worden - weinig onderzoek gedaan. Het onderzoek dat is verricht vindt bovendien vaak weinig tot geen effecten (bijv. Sanders, Kirby, Tellegen & Day, 2014; in: Ince et al., 2018). Verschillende onderzoekers benadrukken echter dat het lastig is om effecten van universele preventie aan te tonen (Kösters, Koot & van der Wal., 2018). Een van de redenen hiervoor is het feit dat deelnemers van universele opvoedsteun vaak geen opvoedproblemen ervaren of enkel 'lichte' opvoedvragen hebben. Hierdoor is het moeilijk om verbetering te laten zien na het ontvangen van universele opvoedingsondersteuning (Yap et al., 2016; in: Ince et al., 2018). Hoe zwaardere

problemen een gezin ervaart, hoe sterker de effecten zijn die opvoedsteun heeft op het gezin (Overbeek et al., 2017, in: Ince et al., 2018). Een van de studies waarin is gekeken naar de effecten van universele opvoedsteun bij lichte opvoedvragen is de meta-analyse van Sanders et al. (2014; in: Ince et al., 2018) naar Triple P. De onderzoekers vonden wat positieve effecten van Triple P niveau 2 (bestaande uit 1-3 korte adviesgesprekken, aangevuld met schriftelijke informatie) op o.a. de sociale en emotionele vaardigheden en het gedrag van het kind en het opvoedgedrag van ouders.

Doelgerichte opvoedondersteuning omvat verschillende typen interventies (zoals groepsmatige oudertrainingen, individuele trainingen, interventies gericht op de ouder-kind interactie, huisbezoekprogramma's). Hoewel de programma's variëren in vorm en doel hebben zij vaak wel gezamenlijke elementen zoals: voorlichting, het bieden van ondersteuning en het aanleren van bepaalde vaardigheden (Gaffney et al., 2021). Onderzoek laat over het algemeen positieve effecten (ook op de langere termijn) zien op allerlei uitkomstmaten bij ouders en kinderen, zoals opvoedvaardigheden en gevoelens van competentie van ouders, ouder-kind interacties en gedragsproblemen bij de kinderen (Barlow & Coren, 2018; Barlow et al., 2016; Wittowski et al., 2016; Overbeek et al., 2017; Tully & Hunt, 2016; Penner-Goeke et al., 2020; Furlong et al., 2012; BuchananPascall et al., 2018; Piquero et al., 2016; van Aar et al., 2017; Filene, Kaminski, Valle & Cachat, 2013; Crone & Jonkman, 2020).

Er is nog weinig bekend over wat precies de werkzame bestanddelen zijn van opvoedondersteuning. Enkele studies hebben daar een aanzet toe gedaan. Uit de literatuur komen de volgende elementen naar voren als belangrijk bij het geven van opvoedondersteuning.

Algemeen werkzame elementen

Algemeen werkzame elementen zijn de ingrediënten van de hulpverlening die bijdragen aan het resultaat, ongeacht de soort behandeling en doelgroep (Van Yperen et al., 2010).

- Aansluiten bij de motivatie van de ouders.
- Investeren in de relatie met ouders. Verschillende studies hebben laten zien dat een goede band tussen de deelnemende ouders en de uitvoerend professional leidt tot betere resultaten van opvoedinterventies bij zowel de ouders als bij de kinderen (o.a. Kazdin et al., 2006 & Schmidt et al., 2014; in: Gubbels et al., 2019; Braun, Davis en Mansfield, 2006). Belangrijk daarbij is dat uitvoerders sensitief/responsief, positief, ondersteunend en respectvol zijn en dat er sprake is van een gelijkwaardige samenwerking (Burggraaff-Huiskes, 2005; in Oudhof et al., 2013).
- Goede structurering van de interventie (duidelijke doelstelling, planning en fasering)
- Goede 'match' van de aanpak met het probleem en de hulpvraag. Zo vergroot het centraal stellen van de mening van ouders over de opvoedingssituatie en eventuele interventies de kans dat ouders het advies of aanbod ook daadwerkelijk gaan gebruiken (o.a. Eronen, Pincombe en Calabretto, 2010 in: Oudhof et al., 2013; Ince et al., 2018). Ook is er onderzoek dat laat zien dat het niet goed aansluiten van opvoedinterventies bij de problematiek van de doelgroep zelfs schadelijke effecten kan hebben (meer opvoedstress, minder goede ouder-kind relatie en meer gedragsproblemen bij de kinderen) (Overbeek et al., 2017).
- Uitvoering van de interventie zoals deze uitgevoerd hoort te worden en monitoring van doelbereik en tevredenheid
- Professionaliteit (goede opleiding en training) van de uitvoerder
- Goede werkomstandigheden van de uitvoerder (zoals draaglijke caseload, goede ondersteuning, veiligheid van de hulpverlener).

Specifieke structuur- en contextuele elementen

- Omdat het begrip 'opvoedondersteuning' ontzettend breed is, is er geen uitspraak te doen over de ideale duur en intensiteit van interventies. Deze moeten aansluiten bij de vragen en behoeften van ouders (Oudhof et al., 2013)
- Qua type interventie lijken interventies gericht op ouder-kind interactie en groepsinterventies de grootste effecten te hebben op opvoedgedrag, vooral bij 0-12-jarigen. Individuele interventies (met name zelfstudie of online interventies), wel of niet gecombineerd met groepsessies, lijken bij adolescenten belangrijker om opvoedvaardigheden van ouders te verbeteren. Ouder-kind interactie interventies worden met name bij kinderen van 0-4 jaar gebruikt en vaak alleen als er al lichte opvoedingsproblemen zijn. Indien er nog geen specifieke problemen zijn dan lijken juist groepsinterventies beter te werken (Crone & Jonkman, 2020).

Specifieke inhoudelijke elementen

- Hoewel er weinig onderzoek is gedaan naar de effecten, wordt het actief aanbieden van psycho-educatie wel als essentieel onderdeel van opvoedondersteuning gezien. Bij lichte opvoedvragen wordt het geven van psycho-educatie over bijvoorbeeld de normale ontwikkeling van kinderen en de ontwikkelingstaken en opvoedingsopgaven die horen bij bepaalde ontwikkelingsfasen (en daarmee het normaliseren van opvoedvragen zonder deze te bagatelliseren) gezien als de belangrijkste interventie (Ince et al., 2018; Blokland, 2010; Oudhof et al., 2013).
- Bij lichte opvoedvragen is ook het wijzen op mogelijkheden voor sociale steun van belang (Oudhof et al., 2013; Ince et al., 2013).

Crone & Jonkman (2020; en Jonkman, Crone, Hosman & Raat, 2020) deden een exploratieve studie en meta-analyse naar de kernelementen van erkende preventieve opvoedinterventies in Nederland. Zij namen daarbij zowel universele, selectieve als geïndiceerde preventieve interventies mee, evenals verschillende typen interventies (huisbezoeken, groepsinterventies, een-op-een interventies, ouder-kind interactie interventies, digitale interventies). Hoewel de onderzochte interventies verschillen qua vorm, doelgroep en deels ook in doelen, zijn de technieken die gebruikt worden om een bepaald opvoedgedrag aan te leren redelijk vergelijkbaar over de soorten interventies. De meest gebruikte technieken zijn:

- Het instrueren hoe het gedrag uit te voeren
- Het voordoen van het gedrag
- Het oefenen van het gedrag
- Met ouders doelen stellen over welk gedrag ze willen veranderen
- Feedback geven op en monitoren van het gedrag
- Specifiek bij huisbezoeken: het bieden van sociale steun
- Specifiek bij groepsinterventies: sociale vergelijking

Wat betreft de effectiviteit van interventies concluderen de onderzoekers:

- Interventies met relatief grote effecten hadden met name als doel om ouders te versterken in:
 - disciplineren, waaronder regels en grenzen stellen,
 - hun betrokkenheid bij de opvoeding en het sensitief opvoeden
 - hun verwachtingen ten aanzien van ouderschap en
 - de ontwikkeling van het kind.

- Vooral interventies die zowel gericht zijn op het leren van disciplineringsstrategieën aan ouders als op het vergroten van de betrokkenheid van ouders bij de opvoeding (door bijvoorbeeld te leren spelen met hun kind) hadden grotere effecten dan andere combinaties van doelen.
- Over alle ouders gezien hadden de interventies die gedragstechnieken gebruikten zoals voordoen van het gedrag, doelen stellen en plannen, feedback en monitoren, oefenen en associëren, de grootste effecten. Bij geïndiceerde preventie kwam daar ook emotieregulatie door stress management bij.
- De techniek ‘oefenen van het opvoedgedrag’ leidde ook daadwerkelijk tot een statistisch significant groter effect dan gemiddeld.
- Bij de 0-4-jarigen leidde daarbij de techniek feedback en monitoring van het gedrag tot een statistisch significant groter effect.
- Bij gezinnen met een lage SES leidde het bieden van sociale steun tot een statistisch significant groter effect.
- Bij geïndiceerde preventie leidde het belonen van ouders door positieve bekrachtiging van het gewenste opvoedgedrag tot een statistisch significant groter effect.

Opvoedondersteuning gericht op het verminderen van gedragsproblemen

Er is eveneens onderzoek gedaan dat zich specifiek heeft gericht op werkzame componenten van ouderprogramma's bij gedragsproblemen. Dit onderzoek wordt uitgebreider beschreven onder 'Verantwoording Keuzehulpdeel Onrustig, opstandig en agressief gedrag.'

Referenties

- Barlow, J., & Coren, E. (2018). The effectiveness of parenting programs: A review of Campbell reviews. *Research on Social Work Practice, 28*(1), 99-102.
- Barlow, J., Bergman, H., Kornør, H., Wei, Y., & Bennett, C. (2016). Group-based parent training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in young children. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (8)*.
- Blokland, G. (2010). *Over opvoeden gesproken. Methodiekboek pedagogisch adviseren* (8e compleet herziene druk).
- Braun, D., Davis, H., & Mansfield, P. (2006). *How helping works: Towards a shared model of process*. London, UK: Parentline Plus.
- Buchanan-Pascall, S., Gray, K. M., Gordon, M., & Melvin, G. A. (2018). Systematic review and meta-analysis of parent group interventions for primary school children aged 4–12 years with externalizing and/or internalizing problems. *Child Psychiatry & Human Development, 49*, 244-267.
- Burggraaf-Huiskes, M. (2005). *Opvoedingsondersteuning. Als bijzondere vorm van preventie*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Crone, M. & Jonkman, H. (2020). *Werkzame elementen in preventieve opvoedinterventies, deel 2: Programma's, praktijk en professionals*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Eronen, R., Pincombe, J., & Calabretto, H. (2010). The role of child health nurses in supporting parents of young infants. *Collegian, 17*(3), 131-141.
- Fierloos, I. N., Windhorst, D. A., Fang, Y., & Raat, H. (2020). *Werkzame elementen in preventieve opvoedinterventies, deel 3: Empirisch onderzoek naar opvoedonzekerheid en het gebruik van opvoedondersteuning*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

- Filene, J. H., Kaminski, J. W., Valle, L. A., & Cachat, P. (2013). Components associated with home visiting program outcomes: A meta-analysis. *Pediatrics*, 132(Supplement_2), S100-S109.
- Furlong, M., McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. M., & Donnelly, M. (2012). Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Campbell Systematic Reviews*, 8(1), 1-239.
- Gaffney, H., Farrington, D. P., & White, H. (2021). *Parenting Programmes. Toolkit technical report*. Child Endowment Fund.
- Gubbels, J., van der Put, C. E., Stams, G. J. J., Prinzie, P. J., & Assink, M. (2021). Components associated with the effect of home visiting programs on child maltreatment: A meta-analytic review. *Child Abuse & Neglect*, 114, 104981.
- Gubbels, J., van der Put, C. E., & Assink, M. (2019). The effectiveness of parent training programs for child maltreatment and their components: A meta-analysis. *International journal of environmental research and public health*, 16(13), 2404.
- Ince, D. & Udo, N. (2018). *Opvoedsteun. Wat werkt?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Jonkman, H., Crone, M. R., Hosman, C. M. H., & Raat, H. (2020). *Werkzame elementen in preventieve opvoedinterventies, deel 1: Overzicht, samenvatting en conclusies*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Kazdin, A.E. & Whitley, M.K. (2006). Pretreatment social relations, therapeutic alliance, and improvements in parenting practices in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 346–355
- Kösters, M., Koot, H., & Van Der Wal, M. (2018). Benut de kansen voor preventie in de jeugdzorg beter: Zorgsector en onderwijs moeten samen optrekken. *Kind & Adolescent Praktijk*, 17(4), 26-32.
- Oudhof, M., de Wolff, M.S., de Ruiter, M., Kamphuis, M., L'Hoir, M. & Prinsen, B. (2013). *JGZ-richtlijn opvoedingsondersteuning*. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ).
- Overbeek, G., Schulz, S., Jilink, L., Sluiter, R., Helmerhorst, K., van Rijn-van Gelderen, L. (2017). *Effectiviteit van preventieve opvoedinterventies: Een literatuuronderzoek naar systematische reviews en meta-analyses*. Amsterdam: NEJA in samenwerking met UvA.
- Penner-Goeke, L., Kaminski, L., Sulymka, J., Mitchell, B., Peters, S., & Roos, L. E. (2020). *A meta-analysis of group-based parenting programs for preschoolers: Exploring Moderation by Participants, Programs, and Time*.
- Piquero, A. R., Jennings, W. G., Diamond, B., Farrington, D. P., Tremblay, R. E., Welsh, B. C., & Gonzalez, J. M. R. (2016). A meta-analysis update on the effects of early family/parent training programs on antisocial behavior and delinquency. *Journal of Experimental Criminology*, 12, 229-248.
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical psychology review*, 34(4), 337-357.
- Schmidt, F., Chomycz, S., Houlding, C., Kruse, A., & Franks, J. (2014). The association between therapeutic alliance and treatment outcomes in a group triple P intervention. *Journal of Child and Family Studies*, 23, 1337-1350.
- Tully, L. A., & Hunt, C. (2016). Brief parenting interventions for children at risk of externalizing behavior problems: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 705-719.
- Van Aar, J., Leijten, P., Orobio de Castro, B., & Overbeek, G. (2017). Sustained, fade-out or sleeper effects? A systematic review and meta-analysis of parenting interventions for disruptive child behavior. *Clinical Psychology Review*, 51, 153-163.

- Van Yperen, Y., van der Steege, M., Addink, A. & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Wittkowski, A., Dowling, H., & Smith, D. M. (2016). Does engaging in a group-based intervention increase parental self-efficacy in parents of preschool children? A systematic review of the current literature. *Journal of child and family studies*, 25(11), 3173-3191.
- Yap, M. B. H., Morgan, A. J., Cairns, K., Jorm, A. F., Hetrick, S. E., & Merry, S. (2016). Parents in prevention: A meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18. *Clinical Psychology Review*, 50, 138-158.

4. Keuzehulpdeel 'Sociale vaardigheden en weerbaarheid'

4.1 Interventies

Weinig sociaal welbevinden als gevolg van groepsdynamiek: spanning/onveiligheid in klas

Sterke aanwijzingen voor effectiviteit

- **Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD):** Het Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD) is een universeel preventieprogramma waarmee scholen de sociaal-emotionele competenties van hun leerlingen (4-12 jaar) kunnen vergroten om zo gedragsproblemen te voorkomen. Voor elke leeftijdsgroep zijn lessen ontwikkeld. Naast de lessen zijn er tal van materialen die het mogelijk maken om het geleerde toe te passen in alledaagse situaties. Vanaf de kleuterjaren tot en met groep 8 staan vier thema's centraal: zelfbeeld, zelfcontrole, emoties en probleem oplossen. Scholen die met het leerplan willen gaan werken volgen voorafgaand aan de invoering een training.
- **Kanjertraining:** De Kanjertraining is gericht op het voorkomen of verminderen van sociale problemen en het bevorderen van welbevinden in het basis- en voortgezet onderwijs (leerlingen van 4 tot 16 jaar). De Kanjertraining geeft kinderen inzicht in hun gedrag en de gevolgen hiervan voor anderen. Via onder meer feedbackoefeningen, vertrouwensoefeningen en rollenspellen oefenen ze met sociale vaardigheden en sociale informatieverwerking. Schoolbreed ingezet met wekelijkse lessen.

Eerste aanwijzingen voor effectiviteit

- **Vreedzame school:** Vreedzame School is een programma voor sociale competentie en democratisch burgerschap in het basisonderwijs (4 t/m 12 jaar). Het beschouwt de klas en de school als een leefgemeenschap, waarin alle kinderen zich gehoord en gezien voelen, een stem krijgen, en waarin kinderen leren wat het betekent om een 'democratisch burger' te zijn. De Vreedzame School staat voor een pedagogische benadering waarbij niet zozeer de individuele leerling, maar de leerling in de sociale gemeenschap centraal staat. Naast de wekelijkse lessen in alle groepen wordt de school en de klas ingericht als een democratische oefenplaats waarin leerlingen de gelegenheid krijgen om de verworven burgerschapscompetenties te oefenen in een betekenisvolle context.
- **Levensvaardigheden:** Levensvaardigheden is een lesprogramma voor het aanleren van sociale, emotionele en morele kerncompetenties bij leerlingen in het voortgezet onderwijs (13 t/m 17 jaar). In zeventien lessen van vijftig minuten en drie extra modules leren de leerlingen adequaat herkennen, benoemen en omgaan met gedachten, gevoelens en gedragingen. Het programma wordt gegeven door docenten van de school. Scholen kiezen ervoor als zij pro sociaal gedrag willen bevorderen en probleemgedrag willen voorkomen of verminderen, zowel externaliserende problematiek (zoals middelengebruik, wangedrag in de klas, pesten) als internaliserende problematiek (zoals negatief zelfbeeld, suïcidale gedachten). In principe is het programma ook geschikt voor brugklassers of bovenbouw, maar daarvoor wordt het niet aangeraden.

Weinig sociaal welbevinden als gevolg van groepsdynamiek; specifiek voor pesten in klas

Sterke aanwijzingen voor effectiviteit

- **KiVa:** KiVa is een preventief programma voor het versterken van de sociale veiligheid en het tegengaan van pesten op de basisschool (leerlingen van 4 t/m 12 jaar). Binnen KiVa ligt de nadruk

op de groep als geheel. Door te werken aan sociale vaardigheden van leerlingen (emotieherkenning, empathisch vermogen, prosociaal gedrag, verdedigen in pestsituaties) kunnen leerlingen de gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen om er samen een fijne school van te maken. Het programma bestaat uit een combinatie van verschillende onderdelen/interventies op schoolniveau, groepsniveau en op leerlingniveau. Daarnaast zijn er gerichte maatregelen voor leerlingen die extra ondersteuning nodig hebben.

Eerste aanwijzingen voor effectiviteit

- **PRIMA:** PRIMA is erop gericht een prosociaal en veilig schoolklimaat te scheppen en pestgedrag te signaleren en te stoppen. PRIMA pakt pesten aan op het niveau van de school, de groep en het individu. Doelgroep bestaat uit alle leerlingen van het reguliere basisonderwijs (4 t/m 12 jaar).

Weinig sociaal welbevinden als gevolg van vaardigheidstekorten/angst om in een groep te spreken

Sterke aanwijzingen voor effectiviteit

- **Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD):** Het Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD) is een universeel preventieprogramma waarmee scholen de sociaal-emotionele competenties van hun leerlingen (4-12 jaar) kunnen vergroten om zo gedragsproblemen te voorkomen. Voor elke leeftijdsgroep zijn lessen ontwikkeld. Naast de lessen zijn er tal van materialen die het mogelijk maken om het geleerde toe te passen in alledaagse situaties. Vanaf de kleuterjaren tot en met groep 8 staan vier thema's centraal: zelfbeeld, zelfcontrole, emoties en probleem oplossen. Scholen die met het leerplan willen gaan werken volgen voorafgaand aan de invoering een training.
- **Kanjertraining:** De Kanjertraining is gericht op het voorkomen of verminderen van sociale problemen en het bevorderen van welbevinden in het basis- en voortgezet onderwijs (leerlingen van 4 tot 16 jaar). De Kanjertraining geeft kinderen inzicht in hun gedrag en de gevolgen hiervan voor anderen. Via onder meer feedbackoefeningen, vertrouwens oefeningen en rollenspellen oefenen ze met sociale vaardigheden en sociale informatieverwerking. Schoolbreed ingezet met wekelijkse lessen.

Eerste aanwijzingen voor effectiviteit

- **Levensvaardigheden:** Levensvaardigheden is een lesprogramma voor het aanleren van sociale, emotionele en morele kerncompetenties bij leerlingen in het voortgezet onderwijs (13 t/m 17 jaar). In zeventien lessen van vijftig minuten en drie extra modules leren de leerlingen adequaat herkennen, benoemen en omgaan met gedachten, gevoelens en gedragingen. Het programma wordt gegeven door docenten van de school. Scholen kiezen ervoor als zij pro sociaal gedrag willen bevorderen en probleemgedrag willen voorkomen of verminderen, zowel externaliserende problematiek (zoals middelengebruik, wangedrag in de klas, pesten) als internaliserende problematiek (zoals negatief zelfbeeld, suïcidale gedachten). In principe is het programma ook geschikt voor brugklassers of bovenbouw, maar daarvoor wordt het niet aangeraden.

Weinig sociaal welbevinden als gevolg van vaardigheidstekorten/angst om in een groep te spreken; specifiek voor pesten

Goede aanwijzingen voor effectiviteit

- **Plezier op school:** Plezier op school is een zomercursus voor aanstaande brugklassers (11-13 jaar) die op de basisschool gepest werden of andere problemen hadden in de omgang met leeftijdgenoten. Beoogd wordt de sociale competentie van de kinderen te vergroten, zodat zij een

goede start kunnen maken op het voortgezet onderwijs en het risico op herhaling van deze omgangsproblemen verkleind wordt. De cursus is met name bedoeld voor kinderen die op de basisschool gepest of afgewezen werden, weinig vrienden hadden en in het contact met leeftijdsgenoten angstig, onhandig of onvoldoende weerbaar zijn. Ouders zijn de intermediaire doelgroep.

Weinig zelfwaardering en zelfvertrouwen

Sterke aanwijzingen voor effectiviteit

- **Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD):** Het Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD) is een universeel preventieprogramma waarmee scholen de sociaal-emotionele competenties van hun leerlingen (4-12 jaar) kunnen vergroten om zo gedragsproblemen te voorkomen. Voor elke leeftijdsgroep zijn lessen ontwikkeld. Naast de lessen zijn er tal van materialen die het mogelijk maken om het geleerde toe te passen in alledaagse situaties. Vanaf de kleuterjaren tot en met groep 8 staan vier thema's centraal: zelfbeeld, zelfcontrole, emoties en probleem oplossen. Scholen die met het leerplan willen gaan werken volgen voorafgaand aan de invoering een training.
- **Kanjertraining:** De Kanjertraining is gericht op het voorkomen of verminderen van sociale problemen en het bevorderen van welbevinden in het basis- en voortgezet onderwijs (leerlingen van 4 tot 16 jaar). De Kanjertraining geeft kinderen inzicht in hun gedrag en de gevolgen hiervan voor anderen. Via onder meer feedbackoefeningen, vertrouwensoefeningen en rollenspellen oefenen ze met sociale vaardigheden en sociale informatieverwerking. Wordt schoolbreed ingezet met wekelijkse lessen.

Eerste aanwijzingen voor effectiviteit

- **Levensvaardigheden:** Levensvaardigheden is een lesprogramma voor het aanleren van sociale, emotionele en morele kerncompetenties bij leerlingen in het voortgezet onderwijs (13 t/m 17 jaar). In zeventien lessen van vijftig minuten en drie extra modules leren de leerlingen adequaat herkennen, benoemen en omgaan met gedachten, gevoelens en gedragingen. Het programma wordt gegeven door docenten van de school. Scholen kiezen ervoor als zij prosociaal gedrag willen bevorderen en probleemgedrag willen voorkomen of verminderen, zowel externaliserende problematiek (zoals middelengebruik, wangedrag in de klas, pesten) als internaliserende problematiek (zoals negatief zelfbeeld, suïcidale gedachten). In principe is het programma ook geschikt voor brugklassers of bovenbouw, maar daarvoor wordt het niet aangeraden.

Weinig zelfwaardering en zelfvertrouwen, specifiek voor pesten

Goede aanwijzingen voor effectiviteit

- **Plezier op school:** Plezier op school is een zomercursus voor aanstaande brugklassers (11-13 jaar) die op de basisschool gepest werden of andere problemen hadden in de omgang met leeftijdsgenoten. Beoogd wordt de sociale competentie van de kinderen te vergroten, zodat zij een goede start kunnen maken op het voortgezet onderwijs en het risico op herhaling van deze omgangsproblemen verkleind wordt. De cursus is met name bedoeld voor kinderen die op de basisschool gepest of afgewezen werden, weinig vrienden hadden en in het contact met leeftijdsgenoten angstig, onhandig of onvoldoende weerbaar zijn. Ouders zijn de intermediaire doelgroep.

Weinig welbevinden en weerbaarheid samenhangend met echtscheiding

Goede aanwijzingen voor effectiviteit

- **Dappere Dino's:** Dappere Dino's is een groepsprogramma voor kinderen van 6 tot en met 8 jaar oud, gericht op het voorkomen of beperken van emotionele en gedragsproblemen nadat ouders gescheiden zijn. De interventie bestaat uit 12-wekelijkse groepsessies van 45 minuten, en wordt gegeven door getrainde professionals met ervaring met het geven van groepsinterventies. Ouderbetrokkenheid betreft een intakegesprek, nieuwsbrieven, facultatieve oudersessie en eindgesprek
- **KIES, Kinderen in een Scheiding:** KIES is een preventieve groepsinterventie voor kinderen van 7 tot 12 jaar (in regulier onderwijs) met lichte problemen en hun gescheiden ouders. De interventie is gericht op het ondersteunen in het omgaan met de scheiding en het voorkomen of beperken van mogelijke problemen, zoals een zwakke band met ouders, internaliserende of externaliserende problemen, slechte schoolprestaties en een verminderd zelfvertrouwen. De kinderen krijgen inzicht in de eigen situatie en vergroten hun vermogen om zelf problemen op te lossen

4.2 Verantwoording

Sociaal-emotionele vaardigheden helpen ons omgaan met de sociale wereld om ons heen. Voorbeelden van sociaal-emotionele vaardigheden zijn: weerbaar zijn, vriendschappen aangaan en onderhouden, en omgaan met lastige sociale situaties, zoals pesten (Hooijsma & Bastiaanssen, 2021). Interventies gericht op het versterken van sociaal-emotionele vaardigheden zijn onder te verdelen in drie typen: 1. universele interventies: ontworpen voor alle kinderen, ook als er geen problemen zichtbaar zijn; 2. selectieve interventies, gericht op groepen kinderen met een verhoogd risico op het ontwikkelen van sociaal-emotionele problemen; 3. geïndiceerde interventies, gericht op individuele kinderen met problemen (Hooijsma & Bastiaanssen, 2021).

Systematische reviews en meta-analyses (die zich vooral hebben gericht op universele en selectieve interventies) laten zien dat sociaal-emotionele vaardigheidstrainingen over het algemeen kleine tot gematigd positieve effecten hebben op de vaardigheden en het gedrag van jeugdigen (o.a. Lösel & Beelman, 2003; Durlak et al., 2011; Sklad et al., 2012 en Taylor et al., 2017; in: de Mooij, 2021; Jiménez-Barbero et al. 2016; Dray et al., 2017; Mahoney et al., 2019; de Mooij et al., 2020). In deze overzichtsstudies worden vooral positieve effecten gevonden op specifieke vaardigheden die direct met de interventies worden aangepakt (zoals probleemoplossende vaardigheden, zelfvertrouwen, sociale vaardigheden en sociaal gedrag). De effecten op secundaire uitkomstmaten (zoals storend gedrag en agressie) zijn gemiddeld kleiner. Ook deze kleine effecten blijken op lange termijn blijvend bij te dragen aan de ontwikkeling van kinderen op meerdere gebieden, waaronder welzijn, sociale relaties en schoolprestaties (Taylor et al., 2017).

Over het algemeen genomen lijken sociale vaardigheidstrainingen dus effectief, maar als we kijken naar afzonderlijke studies, dan blijken er grote variaties in gevonden effecten te zijn (Wiglesworth et al., 2016). Hier kunnen verschillende redenen voor zijn. Zo geeft de Mooij (2021) aan dat, hoewel deze interventies vaak eenzelfde doel hebben, zij sterk kunnen variëren in:

- Inhoud: een interventie kan zich bijvoorbeeld richten op specifiek gedrag zoals pesten, maar ook op veel verschillende gedragingen of een interventie kan zich richten op het aanleren van een specifieke vaardigheid zoals zelfregulatie, maar ook op het aanleren van allerlei verschillende vaardigheden.
- Opzet: een interventie kan bijvoorbeeld op zichzelf staan en individueel worden ingezet bij kinderen, maar ook geïntegreerd zijn in de schoolomgeving.
- Doelpopulatie: een interventie kan universeel, selectief of geïndiceerd zijn.

Onderzoek heeft zich vooralsnog vooral gericht op de effecten van interventies in zijn geheel. De effectiviteit van afzonderlijke elementen is nog nauwelijks onderzocht. Recent is daar een belangrijke aanzet toe gedaan. De Mooij et al (2020; en de Mooij, 2021) onderzochten in hun meta-analyse hoe verschillende interventie-elementen gerelateerd zijn aan de effecten van sociale vaardigheidstrainingen op school. De uitkomsten hiervan worden verderop besproken. Hieronder volgt een overzicht van elementen die uit de literatuur naar voren komen als belangrijk bij het versterken van sociale vaardigheden en weerbaarheid.

Algemeen werkzame elementen

Algemeen werkzame elementen zijn de ingrediënten van de hulpverlening die bijdragen aan het resultaat, ongeacht het soort interventie en doelgroep (Van Yperen et al., 2010).

- Aansluiten bij de motivatie van jeugdige/ouders
- Investeren in de samenwerkingsrelatie met de jeugdige/ouders
- Goede structurering van de interventie (duidelijke doelstelling, planning en fasering)
- Goede 'match' van de aanpak met het probleem en de hulpvraag
- Uitvoering van de interventie zoals deze uitgevoerd hoort te worden en monitoring van doelbereik en tevredenheid
- Professionaliteit (goede opleiding en training) van de uitvoerder
- Goede werkomstandigheden van de uitvoerder (zoals draaglijke caseload, goede ondersteuning, veiligheid van de hulpverlener).

Specifieke structuur- en contextuele elementen

- De dosis van (de hieronder beschreven) interventie-elementen lijkt uit te maken. Zo vonden de Mooij et al (2020) de grootste effecten voor sociale vaardigheidstrainingen bij 3 tot 6 psycho-educatieve oefeningen, 11 tot 20 vaardigheidsoefeningen en minimaal 10 cognitief-emotionele onderdelen.
- Programma's die langer dan 27 weken duren lijken minder goed te werken dan programma's van 10 tot 16 weken, mogelijk omdat te lange programma's niet getrouw (kunnen) worden uitgevoerd (de Mooij et al., 2020).
- Eerder onderzoek (o.a. Durlak et al., 2007; Fishel & Ramirez, 2005; Smith et al., 2020) heeft laten zien dat het betrekken van ouders en school van belang is en kan bijdragen aan de effectiviteit van sociale vaardigheidstrainingen. Het betrekken van de omgeving kan helpen bij het bestendigen van de vaardigheden en het generaliseren van de aangeleerde vaardigheden naar andere contexten.

Specifieke inhoudelijke elementen

Belangrijke inhoudelijke elementen van sociale vaardigheidstrainingen die in het onderzoek van de Mooij et al (2020; de Mooij, 2021) naar voren kwamen, zijn:

- Psycho-educatie: oefeningen gericht op het overbrengen van kennis over gedrag of sociale processen. Interventies met psycho-educatieve elementen lieten grotere positieve veranderingen zien in de sociaal-emotionele vaardigheden dan interventies zonder deze elementen.
- Vaardigheidselementen: het oefenen van doelgedrag. Interventies met activiteiten gericht op het oefenen van sociaal-emotionele vaardigheden lieten grotere positieve veranderingen zien in de sociaal-emotionele vaardigheden dan interventies zonder deze elementen.
- Cognitief-emotionele elementen (vanaf ongeveer 8 jaar): oefeningen gericht op het begrijpen of veranderen van emoties en cognities. Voor cognitief-emotionele interventie-elementen

kon de Mooij niet onderzoeken of ze invloed hadden op de effectiviteit van de interventie omdat er te weinig studies bestaan naar interventies zonder dergelijke elementen. Wel vond ze aanwijzingen dat het aantal cognitief-emotionele interventie-elementen invloed heeft op de interventie-effecten. Bij interventies met minimaal tien cognitief-emotionele onderdelen zag ze een groter effect (Hooijsma & Bastiaanssen, 2021).

Psychofysieke oefeningen bleken – in tegenstelling tot de hierboven genoemde elementen - **niet** gerelateerd aan interventie effectiviteit. Dit zijn oefeningen gericht op het verbeteren van sociaal-emotionele vaardigheden middels lichamelijke bewegingen (zoals ontspanningsoefeningen of lichamelijke oefeningen gericht op het ervaren van succes, zoals plankjes doorslaan, of vertrouwen, zoals jezelf achterover laten vallen en door anderen worden opgevangen) (Hooijsma & Bastiaanssen, 2021).

Onderzoek specifiek gericht op pesten

Er zijn wereldwijd veel antipestprogramma's ontwikkeld en er zijn veel studies gedaan die de effecten van deze programma's hebben onderzocht. Meta-analyses vinden dat deze antipestprogramma's matig effectief zijn (Gaffney et al., 2019; De Mooij et al., 2020; Ttofi & Farrington, 2009; in: Hensums et al., 2022). Er is nog weinig zicht op voor wie deze interventies werken en welke interventie-elementen verantwoordelijk zijn voor deze effecten. Een vrij recente 'aggregate data' meta-analyse' (Gaffney et al., 2021) onderzocht 'wat werkt' in anti-pest interventies. Uit deze analyse kwam naar voren dat de aanwezigheid van specifieke elementen in interventies gelinkt was aan grotere effectgroottes voor pesten en gepest worden op school, zoals:

- Een schoolbrede aanpak
- Antipestbeleid
- Klassikale regels
- Informatie voor ouders
- Informele betrokkenheid van leeftijdsgenoten
- Het werken met slachtoffers

Hensums et al (2022) gaan een stap verder en verrichtten een 'individual participant data (IPD)' meta-analyse naar de effecten van anti-pestinterventies op school. Ook zij vinden positieve (kleine effecten). De programma's bleken even effectief voor jongens en meisjes, jeugdigen met verschillende culturele achtergronden en verschillende SE-status. Wel werd gevonden dat kinderen onder de 12 jaar meer baat hadden bij de anti-pest programma's dan oudere adolescenten en dat jeugdigen die voor aanvang van het programma al vaker gepest werden meer baat hadden bij de programma's dan jeugdigen die weinig gepest werden voorafgaand aan het programma. De inclusie van specifieke interventie-elementen bleek niet gerelateerd aan grotere effecten. Wel waren er wat voorzichtige aanwijzingen dat interventies die 'non-punitive disciplinary methods' gebruikten ongewenste effecten hadden op pestgedrag en gepest worden (vooral bij meisjes) en dat de inzet van zogenaamde 'school assemblies' en schoolplein supervisie mogelijk nadelige effecten hadden op het pestgedrag van jeugdigen die voorafgaand aan het programma al veel pestgedrag lieten zien.

Onderzoek specifiek gericht op interventies bij scheiding

In het document 'Wat werkt bij scheiding' (Ince, van Rooijen & Verheijden, 2018) wordt een overzicht gegeven van effectonderzoek naar interventies voor kinderen waarvan de ouders in scheiding zijn of gescheiden zijn. Rose (2009) kijkt in een overzichtsstudie naar de effecten van op school uitgevoerde, groepsgerichte programma's. De studie wijst uit dat groepsgerichte korte-termijnprogramma's matige

effecten op kinderen hebben. Rose verwijst daarnaast naar twee meta-analyses die de effectiviteit van groepswork met deze kinderen hebben onderzocht (Durlak & Wells, 1997 en Stathakos & Roehrl, 2003). Samenvattend wordt in deze 3 overzichtsstudies geconcludeerd dat er nog onvoldoende onderzoek is gedaan om uitspraken te doen over werkzame elementen van kindgerichte interventies bij scheiding. Wel lijkt een aantal punten van belang:

- Interventies lijken beter te werken als zij kortdurend zijn met maximaal tien bijeenkomsten van gemiddeld zestig tot vijfenzeventig minuten per bijeenkomst;
- Zij hebben de beste effecten bij jeugdigen van negen tot twaalf jaar.
- Het bieden van psycho-educatie is een belangrijke methode om jeugdigen meer inzicht te geven in zaken rondom de scheiding;
- Cognitief-gedragstherapeutische technieken kunnen ingezet worden om misvattingen en onrealistische gedachten die jeugdigen vaak over de scheiding hebben (zoals schuldgevoelens) aan te pakken en positieve denkpatronen – over zichzelf en het gezin – te bevorderen;
- Een groepssetting lijkt van belang. Sociale steun van leeftijdsgenoten die hetzelfde hebben meegemaakt kan gevoelens van eenzaamheid en isolatie verminderen;
- Door middel van bijvoorbeeld rollenspellen, groepsdiscussies en oefeningen in het oplossen van sociale problemen kunnen belangrijke (probleemoplossende) vaardigheden actief getraind worden (van der Valk et al., 2020).

Referenties

- Boustani, M. M., Frazier, S. L., Becker, K. D., Bechor, M., Dinizulu, S. M., Hedemann, E. R., ... & Pasalich, D. S. (2015). Common elements of adolescent prevention programs: minimizing burdens while maximizing reach. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42, 209-219.
- De Mooij, B., Fekkes, M., Scholte, R. H. J., & Overbeek, G. (2020). Effective components of social skills training programs for children and adolescents in nonclinical samples: A multilevel meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1–15.
- De Mooij, L. S. (2021). *Opening the black box. Examining effective components of interventions for children's social-emotional development*. Proefschrift. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Denham, S. A., & Almeida, M. C. (1987). Children's social problem-solving skills, behavioral adjustment, and interventions: A meta-analysis evaluating theory and practice. *Journal of applied developmental psychology*, 8(4), 391-409.
- Drau, J., Bowman, J., Campbell, E., Freund, M., Wolfenden, L., Hodder, R. K., ... & Wiggers, J. (2017). Systematic review of universal resilience-focused interventions targeting child and adolescent mental health in the school setting. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(10), 813-824.
- Durlak, J. A., & Wells, A. M. (1997). Primary prevention mental health programs for children and adolescents: A meta-analytic review. *American journal of community psychology*, 25(2), 115-152.
- Durlak, J. A., Taylor, R. D., Kawashima, K., Pachan, M. K., DuPre, E. P., Celio, C. I., Berger, S. R., Dymnicki, A. B., Weissberg, R. P. (2007). Effects of positive youth development programs on schools, family, and community systems. *American Journal of Community Psychology*, 39, 269-286.

- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development*, *82*(1), 405-432.
- Fishel, M., & Ramirez, L. (2005). Evidence-based parent involvement interventions with school-aged children. *School Psychology Quarterly*, *20*(4), 371-402
- Gaffney, H., Farrington, D. P., & Ttof, M. M. (2019). Examining the effectiveness of school-bullying intervention programs globally: A meta-analysis. *International Journal of Bullying Prevention*, *1*, 14–31.
- Gaffney, H., Ttofi, M. M., & Farrington, D. P. (2021). What works in anti-bullying programs? Analysis of effective intervention components. *Journal of School Psychology*, *85*, 37–56.
- Hooijsma, M. & Bastiaanssen, I. (2021). *Wat werkt bij sociaal-emotionele vaardigheidstrainingen? Nieuwe wetenschappelijke inzichten*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Ince, D., van Rooijen, K. & Verheijden, E. (2018). *Wat werkt bij scheiding?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Jiménez-Barbero, J. A., Ruiz-Hernández, J. A., Llor-Zaragoza, L., Pérez-García, M., & Llor-Esteban, B. (2016). Effectiveness of anti-bullying school programs: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, *61*, 165-175.
- Lösel, F., & Beelmann, A. (2003). Effects of child skills training in preventing antisocial behavior: A systematic review of randomized evaluations. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, *587*(1), 84-109.
- Rose, S.R. (2009). A review of effectiveness of group work with children of divorce. *Social work with groups*, *32*:222-229.
- Sklad, M., Diekstra, R., Ritter, M. D., Ben, J., & Gravesteyn, C. (2012). Effectiveness of school-based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior, and adjustment. *Psychology in the Schools*, *49*(9), 892-909.
- Schneider, B. H. (1992). Didactic methods for enhancing children's peer relations: A quantitative review. *Clinical Psychology Review*, *12*(3), 363-382.
- Smith, T. E., Sheridan, S. M., Kim, E. M., Park, S., & Beretvas, S. N. (2020). The effects of family-school partnership interventions on academic and social-emotional functioning: A meta-analysis exploring what works for whom. *Educational Psychology Review*, *32*, 511-544
- Stathakos, P. & Roehle, B. (2003). The effectiveness of intervention programmes for children of divorce: A meta-analysis. *International Journal of Mental Health Promotion*, *(1)*.
- Taylor, R. D., Oberle, E., Durlak, J. A., & Weissberg, R. P. (2017). Promoting positive youth development through school-based social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child development*, *88*(4), 1156-1171.
- Ttofi, M., & Farrington, D. (2009). What works in preventing bullying: Effective elements of anti-bullying programmes. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, *1*, 13–24
- Van der Valk, I., van den Berg, G., van der Veldt, M., Anthonijsz, I. & Spruijt, E. (2020). *Richtlijn Scheiding en problemen van jeugdigen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. BPSW, het NIP en de NVO.
- Van Yperen, Y., van der Steege, M., Addink, A. & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Wigelsworth, M., Lendrum, A., Oldfield, J., Scott, A., Ten Bokkel, I., Tate, K., & Emery, C. (2020). The impact of trial stage, developer involvement and international transferability on

universal social and emotional learning programme outcomes: A meta-analysis. *Social and Emotional Learning*, 73-102.

5. Keuzehulpdeel 'Gespannen of angstig'

5.1 Interventies

Sterke aanwijzingen voor effectiviteit

- **VRIENDEN:** VRIENDEN is een preventie- en behandelprogramma voor kinderen en jongeren (4 t/m 16 jaar) met depressieve en/of angstklachten of met een angst- en/of stemmingsstoornis. VRIENDEN is een cognitief gedragstherapeutisch programma, dat jeugdigen vaardigheden wil aanleren waarmee zij hun gedrag, gedachten en lichamelijke reacties kunnen aanpakken die angst en depressie in stand houden. Wanneer VRIENDEN wordt toegepast in een groep, kunnen kinderen elkaar observeren en helpen en de geleerde vaardigheden oefenen met leeftijdgenoten in een veilige omgeving. De kindvriendelijke en vele speelse oefeningen stimuleren de deelnemers om actief te leren en te leren van hun eigen ervaringen. Er zijn ook ouderbijeenkomsten (2 of 4).
- **Denken + Doen = Durven (curatieve variant):** 'Denken + Doen = Durven' (curatieve variant) is een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor jeugdigen van 8-18 jaar met een angststoornis. Het doel is het verminderen van angstklachten, zodanig dat zij geen beperkingen meer vormen voor het dagelijkse leven. Het programma bestaat uit: psycho-educatie, cognitieve herstructurering, exposure, het versterken van coping vaardigheden en terugvalpreventie. In de curatieve context kan zowel voor een individueel format als voor een groepsformat gekozen worden. De individuele variant beslaat 12 sessies (van 45-60 min) voor het kind + 3 oudersessies (van 45-60 min), de groepsvariant telt 8 sessies (van 90 min) voor het kind + 3 oudersessies (van 90 min).

Goede aanwijzingen voor effectiviteit

- **Denken + Doen = Durven (preventieve variant):** 'Denken + Doen = Durven' (preventieve variant) is een groepsmatige cognitieve gedragstherapie (8 bijeenkomsten van 90 minuten) voor kinderen van 8 tot 12 jaar met angstklachten. Het doel is het verminderen van angstklachten, zodanig dat zij geen beperkingen meer vormen voor het dagelijkse leven. Het programma bestaat uit: psycho-educatie, cognitieve herstructurering, exposure, het versterken van coping vaardigheden en terugvalpreventie. '

Goed onderbouwd

Onderstaande interventie is toch in de Keuzehulp opgenomen omdat deze specifiek ontwikkeld is voor een kinderen en jongeren met een negatief zelfbeeld. Daarmee verschilt hij van de andere interventies onder dit kopje.

- **COMET:** COMET is een cognitief-gedragstherapeutische interventie voor kinderen en jongeren (8 t/m 24 jaar) met een negatief zelfbeeld. Deelnemers werken aan positief denken en positieve gevoelens oproepen. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van positieve aandachtstraining. De training legt veel nadruk op positieve eigenschappen en herinneringen. COMET bestaat in twee varianten: een individuele training en een groepstraining. De groepstraining is geschikt voor 12- tot en met 24-jarigen. De individuele training is bestemd voor 8- tot en met 18-jarigen.

Interventies waarvan de erkenning is verlopen

Van onderstaande interventies is de erkenning verlopen. Zij zijn toch in dit overzicht opgenomen omdat er slechts een beperkt aantal erkende interventies beschikbaar is en onderstaande interventies wel allemaal de kernelementen bevatten voor het aanpakken van angst.

- **Dappere kat** (was eerder erkend als 'bewezen effectief' voor de leeftijd 8-16 jaar). De interventie is gericht op kinderen en jongeren van acht tot achttien jaar met een primaire angststoornis, dat wil zeggen een separatieangststoornis, sociale fobie, gegeneraliseerde angststoornis, specifieke fobie, paniek met of zonder agorafobie. 'De Dappere Kat' is een individueel cognitief gedragstherapeutisch programma bestaand uit twaalf sessies. Kinderen leren vaardigheden om met angst om te gaan, zoals ontspanningsoefeningen, het formuleren van helpende gedachten, coping technieken en passende zelfbeloning. Gedurende de behandeling wordt het kind geleidelijk aan blootgesteld aan de beangstigende situatie, zowel tijdens de sessies als thuis met behulp van huiswerkopdrachten.
- **Je Bibbers de Baas** (was eerder erkend als 'goed onderbouwd'. In de tussentijd verwijderd uit de databank, maar inmiddels weer in begeleiding bij het NJi). 'Je bibbers de baas' is een cognitief gedragstherapeutisch programma voor kinderen uit de bovenbouw van het basisonderwijs met faalangst. Het programma duurt ongeveer 20 weken en bestaat uit tien groepsbijeenkomsten van 1,5 uur waarin kinderen vaardigheden leren om met hun faalangst om te gaan. Naast deze groepsbijeenkomsten zijn er ouder- en leerkrachtbijeenkomsten, waarin zij informatie en handvatten aangereikt krijgen.
- **Bedwing je dwang** (was eerder erkend als 'eerste aanwijzingen voor effectiviteit). Het protocol is geschreven voor jongeren van ongeveer 12 tot ongeveer 18 jaar met een dwangstoornis. Deze leeftijdsgrenzen zijn echter niet strikt. Het protocol is ook geschikt voor jongere kinderen vanaf ongeveer 8 jaar. Ouders vormen de intermediaire doelgroep. Het hoofddoel van de interventie is het verminderen of verdwijnen van de dwangklachten: de dwanghandelingen, de dwanggedachten en het vermijdingsgedrag. Subdoelen zijn het anders interpreteren van normaal optredende intrusies en het niet meer vermijden van situatie die dwang oproepen. De behandeling bestaat uit wekelijkse sessies van ongeveer een uur. De behandeling bestaat uit psycho-educatie, Cognitieve Therapie (CT), Exposure en Responspreventie (ERP), en terugvalpreventie. Met CT worden de dwanggedachten aangepakt. Met ERP worden de dwangrituelen die de dwangstoornis in stand houden aangepakt. De ouders worden bij de behandeling betrokken. Zij zijn aanwezig bij de sessies of een deel daarvan. Meestal kan de behandeling na vier maanden (16 zittingen) worden afgesloten.

Trauma

Goede aanwijzingen voor effectiviteit

- **WRITEJunior**: WRITEJunior is een schrijftherapie met een cognitief-gedragsmatige aanpak voor getraumatiseerde kinderen en adolescenten van 4 tot 18 jaar. Doel van de interventie is dat posttraumatische stressklachten sterk afnemen of verdwijnen.
- **Traumagerichte cognitieve gedragstherapie**: behandeling voor traumagerelateerde stoornissen en traumatische rouw bij kinderen en jongeren (8 tot 18 jaar). Het doel van de behandeling is het verwerken van herinneringen aan ingrijpende gebeurtenissen, en daarmee het verminderen of doen verdwijnen van de klachten die zijn ontstaan bij een kind of jongere. Daarbij is het belangrijk dat kinderen in staat zijn om emoties te beheersen die opkomen naar aanleiding van "triggers" die doen herinneren aan het trauma. 15 individuele sessies + combinatiesessies met ouders.

Interventies waarvan de erkenning is verlopen

Onderstaande interventie is toch opgenomen in dit overzicht, omdat onderzoek laat zien dat kinderen en jongeren na een traumatische gebeurtenis baat hebben bij EMDR (de Roos, 2021).

- **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)** (was eerder erkend als ‘goed onderbouwd’). EMDR is individuele psychotherapie. Het doel is het verwerken van herinneringen aan identificeerbare ingrijpende ervaringen, die de cliënt (in dit geval kinderen en adolescenten die na het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen, traumagerelateerde klachten hebben ontwikkeld) hebben getraumatiseerd. Hierdoor kunnen klachten worden verminderd, die zijn ontstaan als gevolg van die herinneringen en het lijden dat daarmee gepaard gaat. Gemiddeld bestaat EMDR uit 1-3 sessies na een eenmalige traumatische gebeurtenis. Bij chronische traumatisering duurt behandeling langer en is het aantal sessies afhankelijk van de complexiteit van de psychopathologie (bron: website Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie).

5.2 Verantwoording

Onderzoek laat zien dat cognitief gedragstherapeutische interventies (CGT) het meest effectief zijn voor zowel de preventie als behandeling van angst bij kinderen (vanaf ongeveer 8 jaar) en jongeren. (Rapee et al., 2023; Hugh-Jones et al., 2020; James, Reardon, Soler, James, & Creswell, 2020; Rasing et al., 2017; Werner-Seidler et al., 2017; Higa-McMillan et al., 2016). Onderzoek vindt ook wat positieve effecten voor andere interventies, waaronder ‘supportive child-centred therapy’ (Silk et al., 2018), interventies gebaseerd op mindfulness (Odgers et al., 2020) en ‘acceptance and commitment therapy’ (Hancock et al., 2018) maar dit bewijs is nog beperkt (Rapee et al., 2023).

Hoewel is gebleken dat CGT effectief is bij angst, zijn de gevonden effecten over het algemeen bescheiden. Zo laat een recente meta-analyse (Wergeland, Riise, & Öst, 2020) zien dat een kwart tot een derde van de kinderen na afloop van CGT-behandeling voor angst nog niet (volledig) hersteld is. Ook laat onderzoek zien dat circa 30% van de kinderen en jongeren met een angststoornis op de lange termijn niet profiteert van de behandeling (Gibby et al, 2017). Tot slot is er nog weinig bekend over welke factoren verantwoordelijk zijn voor de effecten en wat voor wie het beste werkt. Verschillende studies hebben daartoe wel een aanzet gedaan. Hieronder volgt een overzicht van elementen die uit de literatuur naar voren komen als belangrijk in de aanpak van angst bij jeugdigen.

Algemeen werkzame elementen

Algemeen werkzame elementen zijn de ingrediënten van de hulpverlening die bijdragen aan het resultaat, ongeacht de soort behandeling en doelgroep (Van Yperen et al., 2010; Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2021; Akwa GGZ, 2017).

- Aansluiten bij de motivatie van de jeugdige/ouders
- Investeren in de samenwerkingsrelatie met de jeugdige/ouders
- Goede structurering van de interventie (duidelijke doelstelling, planning en fasering)
- Goede ‘match’ van de aanpak met het probleem en de hulpvraag (bijvoorbeeld aansluiten bij het type en de ernst van de angst en ervaringen van jeugdigen zelf)
- Uitvoering van de interventie zoals deze uitgevoerd hoort te worden en monitoring van doelbereik en tevredenheid
- Professionaliteit (goede opleiding en training) van de uitvoerder
- Goede werkomstandigheden van de uitvoerder (zoals draaglijke caseload, goede ondersteuning, veiligheid van de hulpverlener).

Specifieke structuur- en contextuele elementen

- Er is op basis van het onderzoek geen uitspraak te doen over de ideale duur en intensiteit van interventies bij angst. Bij jeugdigen met milde klachten – met weinig psychosociale beperkingen – kan gestart worden met een korte psychosociale interventie waarin aandacht is voor psycho-educatie en lichte exposure. Ook kan verwezen worden naar zelfhulp (Akwa GGZ, 2017; van Rooijen, 2018). CGT-behandeling bij angst bestaat meestal uit 12 tot 18 sessies van 1 uur. Engels et al (2015) geven aan dat er bewijs is dat meer sessies tot grotere behandelresultaten leiden, maar dat de intensiteit (vaker per week) binnen bepaalde grenzen geen verschil maakt. Reynolds et al (2012) tonen aan dat de effecten van CGT minder groot zijn bij minder dan 8 sessies. In een recente Cochrane review vonden James et al (2020) daarentegen geen verschil in effect tussen langere en kortere behandelingen. Het is belangrijk om te benadrukken dat het doen van uitspraken over de beste behandelduur lastig is, bijvoorbeeld vanwege de verschillen tussen de angststoornissen. De expertgroep van het Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie (2021) benadrukt dat – afhankelijk van individuele kenmerken – de selectie en dosering van de CGT-elementen kunnen verschillen. Ook is er steeds meer bewijs dat exposure als op zichzelf staande techniek positieve effecten kan hebben op angstsymptomen (zie verderop bij ‘specifieke technieken’, o.a. Whiteside et al., 2020), wat erop wijst dat mogelijk ook met minder sessies positieve effecten bereikt kunnen worden zolang exposure plaatsvindt.
- Hoewel onderzoek niet eenduidig is over de effecten, benadrukken de verschillende richtlijnen en praktijkstandaarden dat aandacht voor terugvalpreventie (enkele terugkomssessies waarin handvatten worden gegeven om terugval te voorkomen) van belang is (Connolly, 2008; Akwa GGZ, 2017).
- Mogelijk kunnen ook boostersessies (binnen 1 tot 3 maanden na de behandeling) het effect van CGT-behandeling vergroten en verlengen (Gearing et al., 2013).
- CGT bij angst is zowel individueel als groepsmatig effectief (James et al., 2020; Liber, Wedenfelt, Leeden, & Treffers, 2007; Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2021). Bij bepaalde subgroepen heeft individuele CGT mogelijk wel de voorkeur, waaronder kinderen die naast een angststoornis ook gediagnosticeerd zijn met ADHD, kinderen met een ernstig trauma en kinderen met een hoge mate van sociale angst (Connolly, 2008; Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2021).
- Online CGT lijkt ook effectief bij angst (Bennett et al., 2016 en Ye et al., 2014; van Rooijen, 2018; Vigerland et al., 2016; Rooksby et al., 2015), hoewel meer onderzoek nodig is om dit met zekerheid te kunnen zeggen (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2021). Om de therapietrouw en motivatie bij online interventies te verhogen kan het van belang zijn deze te ondersteunen met face-to-face contacten met een hulpverlener (Engels et al., 2015).
- Ouderbetrokkenheid is van belang. Of het betrekken van ouders interventies effectiever maakt, daar zijn studies niet eenduidig over (o.a. Dowell & Ogles, 2010; Manassis et al., 2014; Gibby et al., 2017; Sun et al, 2019; Bodden et al., 2008; Thulin et al., 2014; Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2021; Rapee et al., 2023; James et al., 2020). Over het algemeen concluderen verschillende onderzoekers echter wel dat enige vorm van ouderbetrokkenheid van belang is, zeker als er ook sprake is van angstklachten bij ouders zelf. Deze kunnen een effectieve behandeling van het kind belemmeren (de Jong, 2021; Cobham, Dadds en Spence, 1998). Ook kunnen ouders een belangrijke rol spelen bij het voordoen van dapper gedrag en kan betrokkenheid van ouders bijdragen aan een betere acceptatie van interventies en daardoor positief werken op de motivatie van het kind (Engels et al., 2015). Tot slot zijn er aanwijzingen dat ouderbetrokkenheid van groot belang is als er naast angst sprake is van autisme (Perihan et al., 2019).

- Als CGT bij het kind onvoldoende verbetering laat zien als eerste interventie wordt aangeraden om het toevoegen van ouder- of gezinsinterventies te overwegen (Akwa GGZ, 2017).
- Het betrekken van de school is ook van belang, zeker als angstklachten het functioneren op school belemmeren (bijvoorbeeld bij selectief mutisme, schoolweigering) (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2021).

Specifieke inhoudelijke elementen

Er is wat onderzoek verricht naar de inhoudelijke elementen die veel voorkomen in effectieve CGT-interventies bij angst (Connolly, 2008; Bodden, 2006; Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2021; Whiteside et al., 2020; HigaMcMillan, Francis, Rith-Najarian, & Chorpita, 2016; Fréchette-Simard et al., 2018).

- Van alle inhoudelijke elementen is er het meeste empirische evidentie voor het inzetten van exposure: geleidelijke blootstelling aan dat waar de jeugdige bang voor is om zo stapje voor stapje de angst te overwinnen (Rapee et al., 2023; Teunisse et al., 2022; de Jong et al., 2021; Whiteside et al., 2020; Peris et al., 2015; Wang et al., 2017; Stewart et al., 2016). De Jong (2021) vond in een studie onder jongeren met spreekangst dat het even effectief bleek om exposure te combineren met cognitieve technieken of ontspanningstechnieken als om enkel exposure in te zetten. Andere studies bevestigen dit beeld en daarmee lijkt op exposure gebaseerde CGT de best bewezen behandeling voor jeugdigen met angst (de Jong, 2021). Om de langere termijneffecten van exposure te verbeteren kan het oefenen in verschillende contexten en het gebruik van herinneringscues nuttig zijn (de Jong, 2021)

Voor de andere veelvoorkomende CGT-elementen is nog minder eenduidig bewijs.

- Het geven van psycho-educatie aan jeugdige en ouders. Onderzoek heeft zich nog maar beperkt gericht op de specifieke effecten van psycho-educatie op angst, maar er is wel overeenstemming dat het een basisonderdeel moet zijn van de aanpak van angst. Psycho-educatie draagt bij aan kennis en vaardigheden om met de klachten om te gaan en kan daarmee een bijdrage leveren aan bijvoorbeeld de motivatie voor hulp, de therapietrouw en de afname van symptomen (Donker, Griffiths, Cuijpers, & Christensen, 2009; Akwa GGZ, 2017).
- Cognitieve herstructurering: het nader bekijken, bespreken en uitdagen van angstige gedachten en deze omzetten in helpende gedachten (Akwa GGZ, 2017). Er is onderzoek dat laat zien dat het inzetten van cognitieve herstructurering als onderdeel van de behandeling geassocieerd is met een snellere verbetering van angstsymptomen (Peris et al., 2015; Whiteside et al., 2020).
- Vaardigheidstraining en ontspanning: het aanleren van coping gedrag (o.a. probleemoplossing en ontspanningsoefeningen). Daarbij moet opgemerkt worden dat de onderzoeksresultaten naar het effect van ontspanningsoefeningen niet eenduidig zijn. Zo vonden Whiteside et al (2020) in hun meta-analyse dat het inzetten van ontspanningsoefeningen juist gerelateerd was aan kleinere effecten van CGT. De onderzoekers concluderen dat het toevoegen van ontspanningsoefeningen de effecten van exposure juist teniet kan doen (overeenkomstig met Ale et al., 2015 en Whiteside et al., 2015). Mogelijk heeft dit te maken met de bevinding dat exposure het beste werkt wanneer het angstniveau hoog is. Ontspanning voorafgaand aan exposure brengt het angstniveau juist omlaag. Ook Rapee et al (2023) benadrukken dat het inzetten van strategieën om angst onder controle te krijgen mogelijk niet nodig zijn voorafgaand aan het toepassen van exposure en dus zelfs de effecten van exposure zouden kunnen afzwakken.

- Daarnaast wordt vaak gebruik gemaakt van het modelleren van dapper gedrag in een angstige situatie, zodat het kind dit gewenste gedrag kan nadoen als reactie op de eigen angst (Bodden, 2006).
- Ook worden vaak beloningsschema's gebruikt waarin dapper gedrag beloond wordt en ongewenst gedrag zoveel mogelijk genegeerd wordt (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2021).

Trauma

De twee behandelingen die het meest worden ingezet als er sprake is van trauma bij jeugdigen zijn traumagerichte CGT en Eye Movement Desensitization Processing (EMDR). Beide behandelingen zijn ook het best onderzocht. Er is eveneens wat onderzoek gedaan naar andere behandelingen (zoals cognitieve therapie voor PTSS en verlengde blootstelling (prolonged exposure), maar het bewijs daarvoor is nog beperkt (de Roos, 2021).

Traumagerichte CGT

Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie (TF-CGT) is een behandeling voor traumagerelateerde stoornissen en traumatische rouw bij kinderen en jongeren (vanaf 8 jaar). Smith et al (2019) beschrijven de elementen die veel worden ingezet binnen TF-CGT, zoals: het ontwikkelen van een gedeeld behandelverhaal, psycho-educatie over PTSS, ontspanningsoefeningen, exposure aan de traumatische herinnering, cognitieve herstructurering, in vivo exposure en het delen van het traumaverhaal met naasten. Over het algemeen bestaat de behandeling uit zo'n 8-10 sessies voor enkelvoudig trauma en 10-20 sessies complexer trauma. Verschillende overzichtsstudies tonen aan dat traumagerichte CGT positieve effecten kan hebben op zowel symptomen van PTSS als op bijkomende symptomen als depressiviteit, angst en rouw (Hoogsteder et al., 2022; Thielemann et al, 2021; Gutermann et al., 2016 en Lenz & Hollenbaugh, 2015). Veel onderzoek richt zich op het protocol TF-CBT van Cohen et al (2008).

EMDR

Een andere veelgebruikte therapie bij trauma is EMDR. Het doel van EMDR is het verwerken van herinneringen aan identificeerbare ingrijpende ervaringen, die de cliënt hebben getraumatiseerd. Hierdoor kunnen klachten worden verminderd, die zijn ontstaan als gevolg van die herinneringen en het lijden dat daarmee gepaard gaat (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2024). Gemiddeld bestaat EMDR uit 1-3 sessies na een eenmalige traumatische gebeurtenis. Bij chronische traumatisering duurt behandeling langer en is het aantal sessies afhankelijk van de complexiteit van de psychopathologie. In tegenstelling tot CGT richt EMDR zich niet op het direct uitdagen van overtuigingen en heeft het minder verbale elementen (zo is er relatief weinig verbale instructie nodig en hoeven traumatische herinneringen niet onder woorden gebracht te worden). Daarmee is EMDR ook geschikt voor jongere kinderen (de Roos, 2021; de Jongh et al., 2024). De Jongh et al (2024) geven in hun studie een overzicht van het onderzoek dat is verricht naar EMDR. Zij concluderen dat er een relatief groot aantal RCT's en meta-analyses is verricht waarin grote effecten worden gevonden op PTSS-symptomen, zowel op de korte als lange termijn. Wel benadrukken de onderzoekers dat het onderzoek onder kinderen en adolescenten beperkter is dan het onderzoek onder volwassenen. Ook concluderen de onderzoekers dat er verbeteringen mogelijk zijn aan het standaard EMDR-protocol (dat sinds 1994 nauwelijks is herzien), zoals het schrappen van elementen gericht op emotieregulatie. Recent onderzoek laat namelijk zien dat als een traumaherinnering goed geactiveerd is en de spanning bij een cliënt verhoogd is, er significant betere behandelresultaten verwacht kunnen worden (Littel et al., 2017; van den Hout et al., 2014).

De Roos (2021) vergelijkt in haar onderzoek de effecten van traumagerichte CGT (WRITEJunior) en EMDR op kinderen die een traumatische gebeurtenis hebben meegemaakt. Beide interventies hadden significante effecten op het functioneren van de kinderen. Wel werd de winst bij EMDR in significant minder sessies bereikt. De ernst van de symptomen van ouders bleek een belangrijke voorspeller van slechtere uitkomsten, wat wijst op het belang van screening en – indien nodig- behandeling van ouders. Het onderzoek wees niet uit welke traumabehandeling voor wie het beste werkte.

Referenties

- Akwa GGZ (2017). *Zorgstandaard angstklachten en angststoornissen*. GGZ Standaarden.
- Ale CM, McCarthy DM, Rothschild L, & Whiteside S (2015). Components of Cognitive Behavioral Therapy Related to Outcome in Childhood Anxiety Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18, 240–251.
- Bennett, K., Manassis, K., Duda, S., Bagnell, A., Bernstein, G. A., Garland, E. J., ... & Wilansky, P. (2016). Treating child and adolescent anxiety effectively: Overview of systematic reviews. *Clinical psychology review*, 50, 80-94.
- Birmaher, B. & Brent, D. (2007). *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders*. Washington, D.C.: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP).
- Bodden, D.H.M., Bögels, S.M., Nauta, M.H., Haan, E. de, Ringrose, J., Appelboom, C., et al. (2008). Child versus family cognitive-behavioural therapy in clinically anxious youth: an efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47, 1384-1394.
- Bodden, D.H.M. (2006). *Individual versus family cognitive behavioural therapy in children with anxiety disorders. A clinical and economic evaluation*. Maastricht: Universiteit Maastricht (proefschrift).
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(6), 893.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2008). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten met de methode Traumagerichte Cognitieve Gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Connolly, S.D. (2008). Praktijkrichtlijnen voor diagnostiek en behandeling van kinderen en adolescenten met angststoornissen. *Kind en adolescent review*, 15, 5-41.
- de Jong, R. (2021). *Fighting fears by facing fears: towards improved exposure-based treatment for childhood anxiety disorders*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. University of Groningen.
- de Jongh, A., de Roos, C., & El-Leithy, S. (2024). State of the science: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. *Journal of Traumatic Stress*.
- de Roos, C. J. A. M. (2021). *Time limited trauma-focused treatment for children and adolescents*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Dowell, K. A., & Ogles, B. M. (2010) The Effects of Parent Participation on Child Psychotherapy Outcome: A Meta-Analytic Review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(2), 151-162.
- Engels, R.C.M.E., Cillessen, A.H.N., Bakker, C.J., Bodden, D.H.M., Kuijpers, R.C.W.M., Nauta, M.H., Stikkelbroek, Y.A.J., Vermaes, I.P.R., Zanden, A.P. van der (2015). *Preventie en behandeling van angst en depressie bij kinderen en jeugd (consortium en voorstudie)*. Den Haag: ZonMw.

- Expertgroep Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie (2021). Behandeling angst. *Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie*. Geraadpleegd op 7 februari 2024, van [Angst bij kinderen en adolescenten – Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie \(kenniscentrum-kjp.nl\)](https://kenniscentrum-kjp.nl)
- Frechette-Simard, C., Plante, I., & Bluteau, J. (2018). Strategies included in cognitive behavioral therapy programs to treat internalized disorders: a systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 263-285.
- Gearing, R. E., Schwalbe, C. S., Lee, R., & Hoagwood, K. E. (2013). The effectiveness of booster sessions in CBT treatment for child and adolescent mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 30(9), 800-808.
- Gibby, B. A., Casline, E. P., & Ginsburg, G. S. (2017). Long-Term Outcomes of Youth Treated for an Anxiety Disorder: A Critical Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 20(2), 201-225.
- Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J., & Steil, R. (2016). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19, 77–93.
- Hancock, K. M., Swain, J., Hainsworth, C. J., Dixon, A. L., Koo, S., & Munro, K. (2018). Acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy for children with anxiety: Outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47(2), 296–31.
- Higa-McMillan, C. K., Francis, S. E., Rith-Najarian, L., & Chorpita, B. F. (2016). Evidence base update: 50 years of research on treatment for child and adolescent anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91-113.
- Hoogsteder, L. M., Ten Thije, L., Schippers, E. E., & Stams, G. J. J. (2022). A meta-analysis of the effectiveness of EMDR and TF-CBT in reducing trauma symptoms and externalizing behavior problems in adolescents. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 66(6-7), 735-757.
- Hugh-Jones, S., Beckett, S., Tumelty, E., & Mallikarjun, P. (2021). Indicated prevention interventions for anxiety in children and adolescents: a review and meta-analysis of school-based programs. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 849-860.
- James, A. C., Reardon, T., Soler, A., James, G., & Creswell, C. (2020). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane database of systematic reviews*, (11).
- Lenz, A. S., Hollenbaugh, K. M. (2015). A meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among children and adolescents. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 6, 18-32.
- Liber, J.M., Van Widenfelt, B.M., Leeden, A.J.M., van der & Treffers, P.D.A. (2007). Groepsbehandeling versus individuele behandeling van kinderen met angststoornissen met cognitieve gedragstherapie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49(4) 36.
- Liber, J.M. (2008). *Friends or foes? Predictors of treatment outcome of cognitive behavioral therapy for childhood anxiety disorders*. [Doctoral thesis], Leiden University.
- Littel, M., Remijn, M., Tinga, A. M., Engelhard, I. M., & van den Hout, M. A. (2017). Stress enhances the memory-degrading effects of eye movements on emotionally neutral memories. *Clinical Psychological Science*, 5(2), 316-324.

- Manassis, K., Lee, T. C., Bennett, K., Zhao, X. Y., Mendlowitz, S., Duda, S., . . . Wood, J. J. (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: A preliminary meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 82*(6), 1163–1172.
- Odgers, K., Dargue, N., Creswell, C., Jones, M. P., & Hudson, J. L. (2020). The limited effect of mindfulness-based interventions on anxiety in children and adolescents: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review, 23*(3), 407–426.
- Perihan C, Burke M, Bowman-Perrott L, Bicer A, Gallup J, Thompson J, et al. (2019). Effects of cognitive behavioral therapy for reducing anxiety in children with high functioning ASD: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders ;27:1-5*.
- Peris, T. S., Compton, S. N., Kendall, P. C., Birmaher, B., Sherrill, J., March, J., et al. (2015). Trajectories of change in youth anxiety during cognitive-behavior therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*(2), 239–252.
- Rapee, R. M., Creswell, C., Kendall, P. C., Pine, D. S., & Waters, A. M. (2023). Anxiety disorders in children and adolescents: A summary and overview of the literature. *Behaviour Research and Therapy, 104*376.
- Rasing, S. P., Creemers, D. H., Janssens, J. M., & Scholte, R. H. (2017). Depression and anxiety prevention based on cognitive behavioral therapy for at-risk adolescents: a meta-analytic review. *Frontiers in psychology, 8*, 1066.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 32*(4), 251-262.
- Rooksby, M., Elouafkaoui, P., Humphris, G., Clarkson, J., & Freeman, R. (2015). Internet-assisted delivery of cognitive behavioural therapy (CBT) for childhood anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 29*, 83-92
- Silk, J. S., Tan, P. Z., Ladouceur, C. D., Meller, S., Siegle, G. J., McMakin, D. L., et al. (2018). A randomized clinical trial comparing individual cognitive behavioral therapy and child-centered therapy for child anxiety disorders. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*(4), 542-554.
- Stewart, E., Frank, H., Benito, K., Wellen, B., Herren, J., Skriner, L. C., & Whiteside, S. P. (2016). Exposure therapy practices and mechanism endorsement: A survey of specialty clinicians. *Professional Psychology: Research and Practice, 47*, 303-311.
- Sun, M., Rith-Najarian, L. R., Williamson, T. J., & Chorpita, B. F. (2019). Treatment Features Associated with Youth Cognitive Behavioral Therapy Follow-Up Effects for Internalizing Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 48*(1), 269-283.
- Telman, L.G.E., Van Steensel, F.J.A., Verveen, A.J.C., Bögels, S.M. & Maric, M. (2020). Modular CBT for Youth Social Anxiety Disorder: A Case Series Examining Initial Effectiveness. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health, 5*(1), 16-27.
- Teunisse, A. K., Pembroke, L., O’Grady-Lee, M., Sy, M., Rapee, R. M., Wuthrich, V. M., et al. (2022). A scoping review investigating the use of exposure for the treatment and targeted prevention of anxiety and related disorders in young people. *JCPP Advances, 2*(2), Article e12080.
- Thielemann, J. F. B., Kasparik, B., König, J., Unterhitzberger, J., & Rosner, R. (2022). A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. *Child abuse & neglect, 134*, 105899.
- Thulin, U., Svirsky, L., Serlachius, E., Andersson, G., & Öst, L. G. (2014). The effect of parent involvement in the treatment of anxiety disorders in children: A meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy, 43*(3), 185-200.

- van den Hout, M. A., Eidhof, M. B., Verboom, J., Littel, M., & Engelhard, I. M. (2014). Blurring of emotional and non-emotional memories by taxing working memory during recall. *Cognition and Emotion, 28*(4), 717–727
- Van Rooijen, K. (2018). *Preventie en behandeling van angst. Wat werkt?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Van Yperen, Y., van der Steege, M., Addink, A. & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Velting, O. N., Setzer, N. J., & Albano, A. M. (2004). Update on and advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*(1), 42.
- Vigerland, S., Lenhard, F., Bonnert, M., Lalouni, M., Hedman, E., Ahlen, J., Olén, O., Serlachius, E., & Ljótsson, B. (2016). Internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 50*, 1-10.
- Wang, Z., Whiteside, S. P., Sim, L., Farah, W., Morrow, A. S., Alsawas, M., ... & Murad, M. H. (2017). Comparative effectiveness and safety of cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for childhood anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics, 171*, 1049-1056.
- Wergeland, G. J. H., Riise, E. N., & Öst, L. G. (2021). Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 83*, 101918.
- Werner-Seidler, A., Perry, Y., Calear, A. L., Newby, J. M., & Christensen, H. (2017). School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review, 51*, 30-47.
- Whiteside, S. P., Sim, L. A., Morrow, A. S., Farah, W. H., Hilliker, D. R., Murad, M. H., & Wang, Z. (2020). A meta-analysis to guide the enhancement of CBT for childhood anxiety: exposure over anxiety management. *Clinical Child and Family Psychology Review, 23*, 102-121.
- Whiteside, S.P., Ale, C.M., Young, B., Dammann, J., Tiede, M.S., & Biggs, B.K. (2015). The feasibility of improving CBT for childhood anxiety disorders through a dismantling study. *Behaviour Research and Therapy, 73*, 83–89
- Ye, X., Bapuji, S. B., Winters, S. E., Struthers, A., Raynard, M., Metge, C., ... Sutherland, K. (2014). Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research, 14*, 313.

6. Keuzehulpdeel ‘Somber of depressief’

6.1 Interventies

Sterke aanwijzingen voor effectiviteit

- **VRIENDEN:** VRIENDEN is een preventie- en behandelprogramma voor kinderen en jongeren (4 t/m 16 jaar) met depressieve en/of angstklachten of met een angst- en/of stemmingsstoornis. VRIENDEN is een cognitief gedragstherapeutisch programma, dat jeugdigen vaardigheden wil aanleren waarmee zij hun gedrag, gedachten en lichamelijke reacties kunnen aanpakken die angst en depressie in stand houden. Wanneer VRIENDEN wordt toegepast in een groep, kunnen kinderen elkaar observeren en helpen en de geleerde vaardigheden oefenen met leeftijdgenoten in een veilige omgeving. De kindvriendelijke en vele speelse oefeningen stimuleren de deelnemers om actief te leren en te leren van hun eigen ervaringen. Er zijn ook ouderbijeenkomsten (2 of 4).

Eerste aanwijzingen voor effectiviteit

- **Grip op je dip:** Gripopjedip is een onlinegroeps cursus voor jongeren (16 tot 25 jaar) met depressieve klachten, gebaseerd op cognitieve gedragstherapie.

Interventies waarvan de erkenning is verlopen

Van onderstaande interventies is de erkenning verlopen. Zij zijn toch in dit overzicht opgenomen omdat er slechts een beperkt aantal erkende interventies beschikbaar is en onderstaande interventies wel allemaal de kernelementen bevatten voor het aanpakken van somberheid of depressiviteit.

- **Pak aan** (was eerder erkend als ‘goed onderbouwd’): Pak aan is een cognitief-gedragstherapeutische groepsbehandeling voor kinderen van negen tot dertien jaar met de diagnose unipolaire depressieve stoornis, dysthymie of met een depressieve stemming. Het doel van Pak aan is depressieve klachten te verminderen. Er zijn 18 sessies.
- **Doepressie cursus** (was eerder erkend als ‘goed onderbouwd’): De Doepressie cursus is van oorsprong een groepsgerichte cognitieve gedragstherapie (16 tot 21 jaar) om depressieve klachten bij adolescenten met depressieve symptomen, een depressie of een dysthyme stoornis te verminderen. Er is inmiddels ook een individuele variant (12 tot 21 jaar) van de Doepressie cursus ontwikkeld en een online interventie (12-21 jaar) die gecombineerd wordt met face to face contact (individuele blended variant). Onder andere door middel van psycho-educatie en oefeningen worden jongeren geactiveerd en leren zij negatieve cognities bij zichzelf te herkennen en veranderen (cognitieve component), krijgen zij inzicht in het verband tussen hun stemming en de interactie met de omgeving en maken zij zich vaardigheden eigen om positieve interacties met de omgeving te versterken (gedragmatige component).

6.2 Verantwoording

Onderzoek laat zien dat cognitief gedragstherapeutische interventies (CGT) het meest effectief zijn voor zowel de preventie als de behandeling van depressieve klachten bij kinderen (vanaf ongeveer acht jaar) en jongeren. De gevonden effecten zijn in veel studies echter wel bescheiden en vervagen in de loop van de tijd (o.a. Cuijpers et al., 2023 en 2021; Eckshtain et al., 2020; Oud et al., 2019; Weisz et al., 2017 en 2006; Weersing et al., 2017; Werner-Seidler et al., 2017; Rasing et al., 2017; Stockings et al., 2016; Zhou et al., 2015; Hetrick et al., 2015; Merry et al., 2012; Mychailyszyn et al. 2012; Klein et al. 2007). Dit laat zien dat er ruimte is voor verbetering.

Voor adolescenten (12-18 jaar) met een depressie, kan naast cognitieve gedragstherapie ook interpersoonlijke therapie (IPT) overwogen worden (Zhou et al., 2015; Meeuwissen et al., 2021). Onderzoek vindt positieve effecten bij deze doelgroep (Duffy et al., 2019; Weersing et al., 2017; Hetrick et al., 2015; Zhou et al., 2015; Cuijpers et al., 2011; David-Ferdon & Kaslow, 2008). Deze lijken vergelijkbaar met de effecten van CGT, maar meer onderzoek is nodig om hier goede uitspraken over te kunnen doen. Ook voor andere vormen van psychotherapie (zoals gedragstherapie, therapie specifiek gericht op probleemoplossende vaardigheden, kortdurende psychodynamische therapie en mindfulness) worden wat positieve effecten gevonden, maar hiernaar is (zeker bij kinderen en jongeren) nog te weinig onderzoek gedaan.

Veel onderzoek zich op de effectiviteit van complete interventieprogramma's, waarbij geen rekening wordt gehouden met welke factoren verantwoordelijk zijn voor de effecten (zoals het soort element of de volgorde van elementen). Meer inzicht in welke elementen voor wie werken, kan helpen bij het versterken van de effecten van interventies (van den Heuvel, 2023). Verschillende studies hebben daartoe een aanzet gedaan. Hieronder volgt een overzicht van elementen die uit de literatuur naar voren komen als belangrijk in de aanpak van somberheid of depressiviteit.

Algemeen werkzame elementen

Algemeen werkzame elementen zijn de ingrediënten van de hulpverlening die bijdragen aan het resultaat, ongeacht het soort interventie en doelgroep (Van Yperen et al., 2010; Birmaher & Brent, 2007; van Rooijen, 2018; Meeuwissen et al., 2021).

- Aansluiten bij de motivatie van de jeugdige/zijn ouders
- Investeren in de relatie met de jeugdige en zijn ouders
- Goede structurering van de interventie (duidelijke doelstelling, planning en fasering)
- Goede 'match' van de aanpak met het probleem klachten en de hulpvraag (bijvoorbeeld aansluiten bij de ernst van de depressieve klachten en de voorkeuren van jeugdigen zelf)
- Uitvoering van de interventie zoals deze uitgevoerd hoort te worden en monitoring van doelbereik en tevredenheid
- Professionaliteit (goede opleiding en training) van de uitvoerder
- Goede werkomstandigheden van de uitvoerder (zoals draaglijke caseload, goede ondersteuning, veiligheid van de hulpverlener).

Specifieke structuur- en contextuele elementen

- Er is op basis van het onderzoek geen uitspraak te doen over de ideale duur en intensiteit van interventies voor depressieve klachten. Verschillende richtlijnen en zorgstandaarden benadrukken dat bij jeugdigen met milde klachten – met weinig psychosociale beperkingen – gestart kan worden met een korte psychosociale interventie waarin aandacht is voor psycho-educatie, maar bijvoorbeeld ook voor activeren, het versterken van probleemoplossende vaardigheden, het aanpakken van praktische problemen en ontspanning (van Rooijen, 2018; Akwa GGZ, 2018). Zo'n ondersteunende aanpak lijkt bij deze doelgroep zelfs even effectief als intensievere cognitieve gedragstherapie (Birmaher & Brent, 2007). Onderzoek naar preventieprogramma's voor depressie vindt wat aanwijzingen dat programma's met een langere duur (meer dan 12 uur) minder goed werken dan kortere programma's en bovendien meer te maken hebben met uitval (Stice et al., 2009). De meeste curatieve CGT-interventies bestaan uit 12-18 sessies. Sommige reviews en meta-analyses vinden dat de effecten van CGT-behandeling toenemen bij meer sessies (Arnberg & Öst, 2014; Kennard, Silva, Toney et al, 2009). Anderen vinden geen verband tussen de intensiteit of duur van de interventie en het effect op depressieve symptomen (Oud et al., 2019; Yang et al., 2016).

- Mogelijk kunnen boostersessies (binnen 1 tot 3 maanden na de behandeling) het effect van CGT-behandeling vergroten en verlengen (Gearing et al., 2013; Brent & Maalouf, 2009), maar de resultaten hierover zijn niet eenduidig. Ditzelfde geldt voor terugvalpreventie (Sun et al. 2019).
- CGT (en meer in het algemeen psychotherapie) lijkt even effectief in verschillende formats (individueel of groepsmatig, face-to-face, telefonisch, online, begeleide zelfhulp) (Cuijpers et al., 2023; Oud et al., 2019).
- De volgorde waarin de elementen van CGT worden aangeboden lijkt niet uit te maken. Onderzoek van Van den Heuvel (2023) vond dat alle volgorden zorgden voor een significante afname van de klachten.
- Het betrekken van de omgeving is van belang. Of het betrekken van ouders interventies effectiever maakt, daar zijn studies niet eenduidig over (Yang et al., 2016; Oud et al., 2019; Weersing et al., 2017; Dowell et al., 2010; Manassis et al., 2014; Sun et al., 2019). Over het algemeen concluderen verschillende onderzoekers echter wel dat enige vorm van ouderbetrokkenheid van belang is (zeker voor kinderen onder de 12 jaar). Ook de richtlijn Stemningsproblemen benadrukt dat het altijd van belang is om de omgeving van de jeugdige – zoals het gezin en de school - bij de zorg en/of de behandeling te betrekken. Ouders kunnen bijvoorbeeld een belangrijke rol spelen bij het activeren van de jeugdige (Meeuwissen et al., 2021). Specifiek voor de school kan het daarbij bijvoorbeeld gaan om het identificeren en bewerken van stressoren op school en het versterken van beschermende factoren. Ook het oplossen van praktische problemen in de omgeving van de jeugdige kan behulpzaam zijn (Akwa GGZ, 2018).

Specifieke inhoudelijke elementen

Er is wat onderzoek verricht naar de inhoudelijke elementen die veel voorkomen in effectieve CGT-interventies bij depressieve klachten (Fréchette-simard et al., 2018; Oud et al., 2019; van den Heuvel, 2023).

- Het geven van psycho-educatie aan jeugdige en ouders. Hoewel er nog weinig onderzoek is gedaan naar psycho-educatie bij depressieve klachten (en er ook onderzoek is dat geen significante correlatie vindt tussen het element psycho-educatie en betere behandeluitkomsten; Oud et al., 2019), is het inzetten van dit element volgens de Amerikaanse praktijkrichtlijn (Birmaher & Brent, 2007) altijd van belang. Meer inzicht in de klachten en de beste aanpak ervan kan bijvoorbeeld helpen bij het verminderen van de klachten en het verbeteren van de therapietrouw.
- Cognitieve herstructurering: het identificeren van negatieve en onrealistische gedachten over zichzelf de wereld en de toekomst, en deze veranderen in meer positieve, functionele en realistische gedachten. Dit element komt veel terug in effectieve CGT-interventies bij depressie en wordt zelfs gezien als fundamenteel onderdeel (Engels et al., 2015; van den Heuvel, 2023). Onderzoek laat zien dat preventieve en curatieve CGT met aandacht voor cognitieve herstructurering betere uitkomsten heeft dan CGT zonder dit component (Oud et al., 2019; Weisz et al., 2006).
- Gedragsactivatie: het monitoren van de dagelijkse stemming en activiteiten om inzicht te krijgen in de samenhang tussen stemming en activiteiten gevolgd door het verhogen van plezierige activiteiten. Een recente systematische review en meta-regressie (Oud et al, 2019) vond dat CGT met gedragsactivatie betere resultaten had dan CGT zonder dit element. Malik et al (2021) onderzochten in hun review 'gedragsactivatie' als actief ingrediënt van interventies voor depressieve jongeren en concluderen dat er veelbelovend maar wel

beperkt bewijs is voor dit element als losstaande interventie, en dat de impact van gedragsactivatie als onderdeel van een bredere interventie nog lastig vast te stellen is vanwege het beperkte onderzoek dat is gedaan.

- Probleem-oplossen: technieken die helpen om op gerichte wijze oplossingen te vinden voor problemen. Verschillende studies hebben specifiek gekeken naar het element 'probleemoplossing' maar de resultaten zijn niet zo eenduidig. Zo vonden Krause et al (2021) en Michelson et al (2022) bijvoorbeeld dat er nog beperkt bewijs is voor 'probleemoplossing' als losstaande interventie, maar wel wat bewijs dat de inzet van probleemoplossing naast andere elementen de resultaten van CGT kan verbeteren.
- Ontspanning: het herkennen van situaties die spanning verhogen en de fysieke klachten die daarmee gepaard gaan en het doen van ontspanningsoefeningen. Belangrijk is het om hierbij wel te benadrukken dat het onderzoek naar de effecten van ontspanning niet eenduidig is. Oud et al (2019) vonden in hun systematische review en meta-regressie bijvoorbeeld geen significante correlatie met betere behandeluitkomsten voor het CGT-element ontspanning.

Referenties

- Akwa GGZ (2018). *Zorgstandaard Depressieve Stoornissen*. GGZ Standaarden.
- Arnberg, A., & Öst, L. G. (2014). CBT for children with depressive symptoms: a meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(4), 275-288.
- Bartelink, C., Meuwissen, I. & Eijgenraam, K. (2017). *Richtlijn Samen met ouders en jeugdige beslissen over passende hulp voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: NVO, BPSW en NIP.
- Birmaher, B. & Brent, D. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. Washington, D.C.: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP).
- Brent, D. A., & Maalouf, F. T. (2009). Pediatric depression: is there evidence to improve evidence-based treatments?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(1-2), 143-152.
- Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Papola, D., ... & Karyotaki, E. (2023). Psychological treatment of depression: A systematic overview of a 'Meta-Analytic Research Domain'. *Journal of Affective Disorders*.
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., ... & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for depression across different age groups: a systematic review and meta-analysis. *JAMA psychiatry*, 77(7), 694-702.
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 581-592.
- David-Ferdon, C., & Kaslow, N. J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 62-104.
- Duffy, F., Sharpe, H., & Schwannauer, M. (2019). The effectiveness of interpersonal psychotherapy for adolescents with depression—a systematic review and meta-analysis. *Child and adolescent mental health*, 24(4), 307-317.
- Eckshtain, D., Kuppens, S., Ugueto, A., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R., Corteselli, K., & Weisz, J. R. (2020). Meta-analysis: 13-year follow-up of psychotherapy effects on youth depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(1), 45-63.
- Engels, R.C.M.E., Cillessen, A.H.N., Bakker, C.J., Boddien, D.H.M., Kuijpers, R.C.W.M., Nauta, M.H., Stikkelbroek, Y.A.J., Vermaes, I.P.R., Zanden, A.P. van der (2015). *Preventie en behandeling van angst en depressie bij kinderen en jeugd (consortium en voorstudie)*. Den Haag: ZonMw.

- Frechette-Simard, C., Plante, I., & Bluteau, J. (2018). Strategies included in cognitive behavioral therapy programs to treat internalized disorders: a systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4), 263-285.
- Gearing, R. E., Schwalbe, C. S., Lee, R., & Hoagwood, K. E. (2013). The effectiveness of booster sessions in CBT treatment for child and adolescent mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety*, 30(9), 800-808.
- Goodyer IM, Reynolds S, Barrett B, Byford S, Dubicka B, Hill J, et al. Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superior. *Lancet Psychiatry* 2017;4(Feb (2))109–19. . [Internet]
- Hetrick, S. E., Cox, G. R., & Merry, S. N. (2015). Where to go from here? An exploratory meta-analysis of the most promising approaches to depression prevention programs for children and adolescents. *International journal of environmental research and public health*, 12(5), 4758-4795.
- Klein, J. B., Jacobs, R. H., & Reinecke, M. A. (2007). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: a meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1403-1413.
- Krause, K. R., Courtney, D. B., Chan, B. W., Bonato, S., Aitken, M., Relihan, J., ... & Szatmari, P. (2021). Problem-solving training as an active ingredient of treatment for youth depression: a scoping review and exploratory meta-analysis. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-14.
- Malik, K., Ibrahim, M., Bernstein, A., Venkatesh, R. K., Rai, T., Chorpita, B., & Patel, V. (2021). Behavioral Activation as an 'active ingredient' of interventions addressing depression and anxiety among young people: a systematic review and evidence synthesis. *BMC psychology*, 9(1), 1-23.
- Meeuwissen, N., de Ruiter, N., Stikkelbroek, Y., Konijn, C., Besselse, M., Rigtering, L., van Wylick, I., Speetjens, P., Meije, D., & Oud, M. (2021). Richtlijn Stemningsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming. 4^e volledig herziene druk. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen, Nederlands Jeugdinstituut.
- Merry, S. N., Hetrick, S. E., Cox, G. R., Brudevold-Iversen, T., Bir, J. J., & McDowell, H. (2012). Cochrane Review: Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 7(5), 1409-1685.
- Michelson, D., Hodgson, E., Bernstein, A., Chorpita, B. F., & Patel, V. (2022). Problem solving as an active ingredient in indicated prevention and treatment of youth depression and anxiety: An integrative review. *Journal of Adolescent Health*.
- Mychailyszyn, M. P., Brodman, D. M., Read, K. L., & Kendall, P. C. (2012). Cognitive-behavioral school-based interventions for anxious and depressed youth: A meta-analysis of outcomes. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(2), 129.
- Oud, M., De Winter, L., Vermeulen-Smit, E., Boddien, D., Nauta, M., Stone, L., ... & Stikkelbroek, Y. (2019). Effectiveness of CBT for children and adolescents with depression: A systematic review and meta-regression analysis. *European psychiatry*, 57, 33-45.
- Rasing, S. P., Creemers, D. H., Janssens, J. M., & Scholte, R. H. (2017). Depression and anxiety prevention based on cognitive behavioral therapy for at-risk adolescents: a meta-analytic review. *Frontiers in psychology*, 8, 1066.

- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C. N., & Rohde, P. (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *Journal of consulting and clinical psychology, 77*(3), 486.
- Stockings, E. A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y. Y., Erskine, H. E., Whiteford, H. A., & Patton, G. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological medicine, 46*(1), 11-26.
- van Rooijen, K. (2018). Preventie en behandeling van depressie. Wat werkt? Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Van Yperen, Y., van der Steege, M., Addink, A. & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Weersing, V. R., Jeffreys, M., Do, M. C. T., Schwartz, K. T., & Bolano, C. (2017). Evidence base update of psychosocial treatments for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 46*(1), 11-43.
- Weisz, J. R., McCarty, C.A., Valeri, S.M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological Bulletin, 132* (1), 132-149.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., ... & Fordwood, S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist, 72*(2), 79.
- Yang L, Zhou X, Zhou C, Zhang Y, Pu J, Liu L, et al. Efficacy and acceptability of cognitive behavioral therapy for depression in children: a systematic review
- Zhou, X., Hetrick, S. E., Cuijpers, P., Qin, B., Barth, J., Whittington, C. J., ... & Xie, P. (2015). Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World psychiatry, 14*(2), 207-222.

7. Keuzehulpdeel 'Onrustig, opstandig of agressief gedrag'

7.1 Interventies

Zijn er in het gezin (beginnende) negatieve interacties? Werk dan via ouders/gezin.

Sterke aanwijzingen voor effectiviteit

- **Video-feedback intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD):** VIPP-SD is een gedragsinterventie voor ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot en met 6 jaar. De doelgroep bestaat uit opvoeders met problemen bij sensitief opvoeden of grenzen stellen, resulterend in problemen in de ouder-kindrelatie en (een verhoogd risico op) externaliserende gedragsproblemen bij het kind. Het programma wil gedragsproblemen voorkomen of verminderen door opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken, met aandacht voor positieve interactie en sensitieve disciplineringsstrategieën. Dit gebeurt in 6 huisbezoeken door middel van feedback op video-opnamen van interacties tussen ouder en kind.
- **Incredible Years:** Incredible Years is een groepstraining voor ouders van kinderen (3 tot en met 8 jaar) met een oppositioneel-opstandige of antisociale gedragsstoornis, of met het risico die te ontwikkelen. Incredible Years heeft tot doel de afname van het sociaal storende gedrag dat de doelgroep kenmerkt, de toename van sociaal passend gedrag en het stimuleren van de sociale, emotionele en schoolse ontwikkeling van het kind. In groepsverband leren ouders opvoedingsvaardigheden zoals kindgericht spelen; sociale, emotionele en schoolse vaardigheden coachen; en gewenst gedrag bij kinderen stimuleren via complimenten en beloningen. Ook leren ouders hoe ze ongewenst gedrag kunnen verminderen.

Goede aanwijzingen voor effectiviteit

- **Parent Child Interaction Therapy (PCIT):** Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) is een interventie gericht op het vergroten van opvoedvaardigheden van ouders en het verminderen van gedragsproblemen van jonge kinderen (2-7 jaar).
- **Behavioral Parent Training Groningen – Groep (BPTG):** BPTG is een gedragstherapeutische groepstraining voor ouders van kinderen (4 tot 12 jaar) met ADHD en gedragsproblemen. Hoofddoel is het verminderen van gedragsproblemen bij de kinderen. De training biedt ouders kennis over de problematiek van hun kind en traint hen in vaardigheden om het gedrag van hun kind te beïnvloeden. De training heeft vier fasen: psycho-educatie; het vooraf beïnvloeden van gedrag door bijvoorbeeld heldere regels en instructies; het achteraf beïnvloeden van gedrag door bijvoorbeeld belonen van gewenst en negeren van ongewenst gedrag; en het vasthouden van de geleerde vaardigheden
- **Minder Boos en opstandig:** Minder Boos en Opstandig is een interventie gericht op het vergroten van emotie-regulerende en sociale probleemoplossende vaardigheden bij kinderen van 8 tot 12 jaar met gedragsproblemen (klinisch en subklinisch niveau) en op het vergroten van opvoedingsvaardigheden van hun ouders. Groeps- en individuele variant. Een specifieke variant van Minder Boos en opstandig is samen Stevig Staan. Dit is een behandelprogramma voor jeugdigen 9 tot 16 jaar met een licht verstandelijke beperking in combinatie met gedragsproblemen. Samen Stevig Staan is erkend als 'goed onderbouwd.'
- **Praten met kinderen:** Praten met kinderen is bestemd voor ouders die problemen ervaren met licht externaliserend gedrag van hun kind (10-15 jaar). Om het externaliserende gedrag te verminderen, zijn de centrale doelen van deze interventie: het verbeteren van de communicatie tussen ouder en kind en het vergroten van de vaardigheden van ouders om problemen op te lossen.

- **Multisysteemtherapie:** Multisysteem Therapie (MST) is een intensieve gezinsbehandeling in de thuissituatie. MST richt zich op jongeren van 10 tot en met 18 jaar met ernstige gedragsproblemen en hun opvoeders. Het hoofddoel van MST is het verminderen van de ernstige gedragsproblemen van de jongere en ervoor te zorgen dat het gezin en de omgeving in staat zijn om toekomstige problemen zelfstandig het hoofd te bieden. Daarmee wordt gezorgd dat de jongere thuis kan blijven wonen en uithuisplaatsing wordt voorkomen of verkort. In alle systemen rondom de jongere zoekt de MST-therapeut met belangrijke betrokkenen naar factoren die samenhangen met het probleemgedrag en in al die systemen intervenueert MST.
- **Multidimensionele Familiotherapie (MDFT):** MDFT is een systeemtherapie voor jongeren (12 t/m 24 jaar) met enkelvoudig of meervoudig probleemgedrag waarvan de centrale elementen delinquentie of stoornissen in alcohol- of druggebruik zijn. MDFT richt zich niet alleen op de jongere zelf, maar ook op het gezin en op de bredere sociale omgeving van de jongere zoals school, werk, vrije tijd en buurt. Het doel van MDFT is ervoor te zorgen dat het probleemgedrag van de jongere stopt of althans afneemt. Bij dreigende uithuisplaatsing is het doel bovendien om de uithuisplaatsing van de jongere te voorkomen.

Eerste aanwijzingen voor effectiviteit

- **Basic Trust:** De Basic Trustmethode is een kortdurende interventie voor kinderen van 2 tot en met 12 jaar met (ernstige) gedrags- en/of emotionele problemen en hun (professionele) opvoeders, waarbij tevens sprake is van problemen in de gehechtheidsrelatie. De hulpverlening bestaat uit acht tot twaalf sessies waarin – met behulp van videofeedback – wordt gewerkt aan het terugdringen van de problemen door middel van versterking van de gehechtheidsrelatie.
- **Triple P niveau 4 en 5:** Niveau 4 van het Positief Pedagogisch Programma – Triple P – is een oudertraining gericht op het voorkomen of verminderen van ernstige gedrags-, emotionele en ontwikkelingsproblemen bij jeugdigen (van 2 tot 16 jaar). Het aanvullende niveau 5 is gericht op bijkomende risicofactoren in het gezin. Gericht op kinderen met ernstige emotionele en gedragsproblemen.
- **Stop 4-7:** STOP4-7 is een interventie voor vier- tot zevenjarige kinderen met ernstige gedragsproblemen, in het bijzonder antisociaal gedrag. De STOP4-7-interventie biedt een geïntegreerde benadering van de betreffende kinderen, hun ouders en hun leerkrachten. Kinderen leren prosociaal gedrag en anderzijds worden de opvoedingsvaardigheden van ouders en leerkrachten versterkt.
- **Parent Management Training Oregon (PMTO):** PMTO is een behandeling voor gezinnen met één of meer kinderen (tussen de 4 en 12 jaar) met ernstige externaliserende gedragsproblemen, al dan niet gecombineerd met hyperactiviteit. Het doel van de behandeling is dat de kinderen beter gaan functioneren en hun gedragsproblemen verminderen doordat hun ouders meer effectieve opvoedingsstrategieën toepassen.
- **Forensische Ambulante Systeem Therapie (FAST):** de interventie is bedoeld om bij jongeren (12 t/m 18 jaar) de kans op recidive van probleem- en delictgedrag met antisociaal of grensoverschrijdend gedrag te verminderen of te voorkomen. FAST is een op maat gesneden behandeling die ingaat op de gezins- en kindfactoren die het probleemgedrag in stand houden. Met het gezin wordt elke twee weken besproken welke algemene en optionele FAST-subdoelen de meeste prioriteit hebben.
- **Ouderschap met Liefde en Grenzen (OLG):** intensief behandelprogramma voor gezinnen van jongeren met matige tot ernstige gedragsproblemen. Het gaat om jongeren van 12 tot 18 jaar en hun ouders of opvoeders bij wie de gezinsrelaties verstoord zijn, in combinatie met opvoedingsonmacht. De jongeren vertonen gedragsproblemen en in sommige gevallen

delictgedrag. OLG is gericht op het herstellen van verstoorde relaties in het gezin en het verbeteren van opvoedingscompetenties.

Goed onderbouwd

Onderstaande interventie is toch opgenomen omdat deze de werkzame kernelementen bevat die in de keuzehulp worden benoemd.

- **Relationele gezinstherapie (RGT):** Relationele Gezinstherapie is een gezinsbehandeling voor jongeren (12 tot 18 jaar) met ernstige externaliserende gedragsproblemen en hun gezinnen. De therapie richt zich op het positief beïnvloeden van de onderlinge gezinsrelaties. Daarbij is de verwachting dat als deze verbeteren, de gedragsproblemen van de jongere verminderen.

Zijn er problemen op school, rond concentreren/leren of contact met leerkracht/leerlingen? Ondersteun leerkrachten.

Sterke aanwijzingen voor effectiviteit

- **Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD):** Het Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD) is een universeel preventieprogramma waarmee scholen de sociaal-emotionele competenties van hun leerlingen (4-12 jaar) kunnen vergroten om zo gedragsproblemen te voorkomen. Voor elke leeftijdsgroep zijn lessen ontwikkeld. Naast de lessen zijn er tal van materialen die het mogelijk maken om het geleerde toe te passen in alledaagse situaties. Vanaf de kleuterjaren tot en met groep 8 staan vier thema's centraal: zelfbeeld, zelfcontrole, emoties en probleem oplossen. Scholen die met het leerplan willen gaan werken volgen voorafgaand aan de invoering een training.
- **Kanjertraining:** De Kanjertraining is gericht op het voorkomen of verminderen van sociale problemen en het bevorderen van welbevinden in het basis- en voortgezet onderwijs (leerlingen van 4 tot 16 jaar). De Kanjertraining geeft kinderen inzicht in hun gedrag en de gevolgen hiervan voor anderen. Via onder meer feedbackoefeningen, vertrouwens oefeningen en rollenspellen oefenen ze met sociale vaardigheden en sociale informatieverwerking. Schoolbreed ingezet met wekelijkse lessen.

Eerste aanwijzingen voor effectiviteit

- **Stop 4-7 (leerkrachttraining):** STOP4-7 is een interventie voor vier- tot zevenjarige kinderen met ernstige gedragsproblemen, in het bijzonder antisociaal gedrag. De STOP4-7-interventie biedt een geïntegreerde benadering van de betreffende kinderen, hun ouders en hun leerkrachten.
- **Vreedzame school:** Vreedzame School is een programma voor sociale competentie en democratisch burgerschap in het basisonderwijs (4 t/m 12 jaar). Het beschouwt de klas en de school als een leefgemeenschap, waarin alle kinderen zich gehoord en gezien voelen, een stem krijgen, en waarin kinderen leren wat het betekent om een 'democratisch burger' te zijn. De Vreedzame School staat voor een pedagogische benadering waarbij niet zozeer de individuele leerling, maar de leerling in de sociale gemeenschap centraal staat. Naast de wekelijkse lessen in alle groepen wordt de school en de klas ingericht als een democratische oefenplaats waarin leerlingen de gelegenheid krijgen om de verworven burgerschapscompetenties (zoals conflicten oplossen) te oefenen in een betekenisvolle context.
- **Levensvaardigheden:** Levensvaardigheden is een lesprogramma voor het aanleren van sociale, emotionele en morele kerncompetenties bij leerlingen in het voortgezet onderwijs (13 t/m 17 jaar). In zeventien lessen van vijftig minuten en drie extra modules leren de leerlingen adequaat herkennen, benoemen en omgaan met gedachten, gevoelens en gedragingen. Het programma

wordt gegeven door docenten van de school. Scholen kiezen ervoor als zij prosociaal gedrag willen bevorderen.

Interventies waarvan de erkenning is verlopen

Onderstaande interventie is toch opgenomen omdat deze specifiek voor deze doelgroep is ontwikkeld en aansluit bij de kernelementen van de keuzehulp.

- **Druk in de klas** (was eerder erkend als “Effectief: eerste aanwijzingen voor effectiviteit”. De erkenning is verlopen, maar de interventie is momenteel wel weer aangemeld voor het erkenningstraject): Druk in de klas is bedoeld voor leerkrachten van groep 3 tot en met groep 8 in het reguliere basisonderwijs, die te maken hebben met kinderen die druk gedrag vertonen en aandachtsproblemen hebben in de klas. De kern van de interventie is het positief belonen van gewenst gedrag en het creëren van een gestructureerde en voorspelbare omgeving met als doel het gedrag van drukke en/of ongeconcentreerde kinderen te verbeteren.

Ervaart het kind moeite met het hanteren van boosheid/probleemoplossing/sociaal contact/negatieve overtuigingen? Zet kindtraining op maat in.

Sterke aanwijzingen voor effectiviteit

- **Kanjertraining:** De Kanjertraining is gericht op het voorkomen of verminderen van sociale problemen en het bevorderen van welbevinden in het basis- en voortgezet onderwijs (leerlingen van 4 tot 16 jaar). De Kanjertraining geeft kinderen inzicht in hun gedrag en de gevolgen hiervan voor anderen. Via onder meer feedbackoefeningen, vertrouwensoefeningen en rollenspellen oefenen ze met sociale vaardigheden en sociale informatieverwerking. Schoolbreed ingezet met wekelijkse lessen. De Kanjertraining kan ook op maat ingezet worden in psychologenpraktijken.

Goede aanwijzingen voor effectiviteit

- **Alles Kidzzz:** Alles Kidzzz is een individuele op maat aangeboden sociaal cognitieve gedragsinterventie van acht wekelijkse sessies gericht op kinderen in de bovenbouw van het basisonderwijs die een verhoogde mate van externaliserend probleemgedrag laten zien. Het doel is verminderen van agressief en bevorderen van pro-sociaal gedrag. Langetermijn doel is reduceren van de kans op ontwikkeling van een gedragsstoornis. Training wordt op school uitgevoerd.
- **Minder Boos en opstandig:** Minder Boos en Opstandig is een interventie gericht op het vergroten van emotie-regulerende en sociale probleemoplossende vaardigheden bij kinderen van 8 tot 12 jaar met gedragsproblemen (klinisch en subklinisch niveau) en op het vergroten van opvoedingsvaardigheden van hun ouders. Groeps- en individuele variant. Een specifieke variant van Minder Boos en opstandig is Samen Stevig Staan. Dit is een behandelprogramma voor jeugdigen 9 tot 16 jaar met een licht verstandelijke beperking in combinatie met gedragsproblemen. Samen Stevig Staan is erkend als ‘goed onderbouwd.’
- **ART Agression Replacement Training:** Aggression Replacement Training (ART) is een multimodale cognitieve gedragstherapeutische interventie die deelnemers op een andere manier leert te reageren dan met agressief gedrag in situaties waarin ze boos worden. Doel is het bereiken van een substantiële afname van het agressieve gedrag. Voor justitiabelen geldt meer specifiek een afname van het risico op recidive van geweldsdelicten. ART richt zich op agressieve adolescenten tussen de 12 en 23 jaar. Ze worden geschorst van school of weggestuurd en/of dreigen in aanraking te komen met justitie of zijn al veroordeeld voor een geweldsdelict. ART is een training in groepsverband, die gebruik maakt van rollenspelen. Door drie verschillende actieve trainingen (sociale vaardigheden, boosheidscontrole en moreel redeneren) leren deelnemers nieuwe

vaardigheden toepassen om situaties op een prosociale manier op te lossen, hun boosheid te controleren, denkfouten te herkennen, op een meer volwassen manier na te denken over agressie en zich te verplaatsen in het perspectief van anderen

Eerste aanwijzingen voor effectiviteit

- **Stop 4-7:** STOP4-7 is een interventie voor vier- tot zevenjarige kinderen met ernstige gedragsproblemen, in het bijzonder antisociaal gedrag. De STOP4-7-interventie biedt een geïntegreerde benadering van de betreffende kinderen, hun ouders en hun leerkrachten
- **Agressie Regulatie op Maat Jeugd:** Agressie Regulatie op Maat Jeugd richt zich op het verminderen van agressief gedrag en het voorkomen van recidive. De doelgroep bestaat uit jongeren van 12 tot 16 jaar met ernstige agressieproblematiek, kans op recidive, en een IQ-score van minstens 80. De jongeren zijn door hun gedrag in aanraking gekomen met de politie of de jeugdhulpverlening, of ze dreigen uit te vallen op school.
- **Agressie Regulatie op Maat JongVolwassenen (ARopMaat-JoVo):** ARopMAAT-JoVo is een behandeling voor jongeren en jongvolwassenen met ernstige agressieproblemen. Er is een residentiële en een ambulante variant. ARopMaat-JoVo is een grotendeels individuele behandeling met een cognitieve gedragsmatige aanpak en veel doe-oefeningen. De interventie bestaat uit individuele modules, een groepsmodule en een gezinsmodule.
- **Alleen jij bepaalt wie je bent:** Alleen jij bepaalt wie je bent heeft als doel het voorkomen en verminderen van overlastgevend en delinquent gedrag bij jongeren van 12 tot en met 18 jaar die onderwijs volgen aan een praktijkschool of de basis- of kaderberoepsgerichte leerweg van het vmbo. De jongeren krijgen een gestructureerde vrijetijdsbesteding door deelname aan een teamsport op een sportvereniging in de buurt van hun school, met begeleiding door specifiek geselecteerde en opgeleide trainers. De interventie is gericht op het versterken van beschermende factoren en het verkleinen van risicofactoren voor overlastgevend en delinquent gedrag.
- **Sociale vaardigheden op maat:** Sociale vaardigheden op maat is gericht op jongens en meisjes van 15 tot 21 jaar met een IQ vanaf 75 en externaliserende gedragsproblemen, waaronder delictgedrag, die samenhangen met een tekort aan sociale en cognitieve vaardigheden. Doel is het vergroten van vaardigheden, om gedragsproblemen te beperken en na een delict de kans op recidive te verkleinen.
- **Tools4u:** Tools4U is een leerstraf voor jongeren die een delict hebben gepleegd. Het is een korte, individuele interventie om de kans op nieuwe delicten te verminderen.

7.2 Verantwoording

Er zijn verschillende typen interventies beschikbaar voor onrustig, opstandig of agressief gedrag bij kinderen en jongeren. Tot een leeftijd van ongeveer twaalf jaar worden meestal ouderinterventies ingezet (vooral gericht op het aanleren en versterken van opvoedvaardigheden). Vanaf acht jaar kan aanvullend cognitieve gedragstherapie met het kind worden ingezet (vaak als ouderinterventie onvoldoende effect heeft of als er sprake is van ernstige gedragsproblemen). Vanaf twaalf jaar wordt vaker gekozen voor cognitieve gedragstherapie met de jongere, maar ook dan blijft het belangrijk om ouders bij de interventie te betrekken. De gedragsproblematiek is op oudere leeftijd vaak complexer dan bij jongere kinderen, omdat bijvoorbeeld de omgeving wijder en veeleisender wordt. Ook is de problematiek bij jongeren vaak lastiger aan te pakken omdat deze meer ingesloten is geraakt. Dit maakt dat intensiever behandelen met systeeminterventies vaak noodzakelijk is (de Lange, Matthys, de Veld, Foolen, Addink, Menting & Bastiaanssen, 2018).

Er is sterk bewijs dat er gemiddeld genomen, voor de meeste kinderen en jongeren met gedragsproblemen, effecten kunnen worden bereikt door het inzetten van interventies (Menting et al., 2020; van den Hoofdakker, 2022). De grootte van deze effecten laat echter te wensen over: de effectgrootte is klein tot matig (Weisz et al., 2017) en de verschillen tussen jeugdigen zijn groot. Er is minder onderzoek naar de lange termijneffecten van interventies, maar het onderzoek dat er is laat langdurig behoud van positieve behandel-effecten zien (Menting et al., 2024; Van Aar et al., 2017).

Positieve effecten worden vooral gevonden voor behandelingen die gericht zijn op het optimaliseren van de omgeving van het kind. Van die behandelingen is oudertraining het meest onderzocht. Dat onderzoek vindt over het algemeen gunstige effecten op vaardigheden van ouders en gedragsproblemen van kinderen (van den Hoofdakker, 2022; Coates et al., 2015; Daley et al., 2014; Dekkers et al., 2021; Fabiano et al., 2015; Groenman et al., 2021; Hornstra et al., 2023; Leijten et al., 2022; Lundahl et al., 2006; Mingebach et al., 2018; Rimestad et al., 2019). De technieken die in oudertrainingen worden gebruikt, worden ook ingezet bij het trainen van leerkrachten. Onderzoek laat zien dat door de inzet van zulke trainingen de vaardigheden van leerkrachten toenemen en gedragsproblemen in de klas effectief verminderd kunnen worden (Dufrene et al., 2014; Evans et al., 2014; Hornstra et al., 2023; Korest & Carlson, 2021; Leflot et al., 2013; Pfiffner & DuPaul, 2015; van den Hoofdakker, 2022). Voor jongeren vanaf twaalf jaar, waarbij sprake is van complexe problematiek kunnen intensievere gezinsinterventies (multisysteeminterventies) ingezet worden. Onderzoek naar deze interventies vindt positieve effecten op bijvoorbeeld ernstige gedragsproblemen (van der Stouwe et al., 2014) en delinquentie (van der Pol et al., 2017).

Meta-analyses naar cognitieve gedragstherapie laten consistent zien dat cognitief gedragstherapeutische interventies gemiddeld genomen positieve effecten hebben op gedragsproblemen bij oudere kinderen en jongeren (o.a. Fossum, Handegård, Adolfsen, Vis, & Wynn, 2016; Litschge, Vaughn, & McCrea, 2010 en Smeets et al., 2015; in de Lange et al., 2018). Minder positieve effecten worden – met name bij kinderen die problemen hebben die passen bij ADHD - gevonden voor andere interventies als sociale vaardigheidstrainingen (zonder CGT), neurofeedback en werkgeheugentrainingen. Zo is er bijvoorbeeld steeds meer overtuigend bewijs dat executieve functie trainingen (vaak in de vorm van computerprogramma's of 'serious games') op groepsniveau niet effectief zijn (Akwa ggz, 2019; Cortese et al., 2015; Cortese et al., 2016; Evans et al., 2014; Storebø et al., 2019; van den Hoofdakker, 2022).

Het onderzoek naar verschillende typen interventies is dus veelbelovend, maar er is ook nog veel onduidelijk. Want hoewel er over het algemeen gunstige effecten van oudertraining gevonden worden, lijkt een aanzienlijke groep (een vijfde tot een derde van de kinderen) hier niet van te profiteren (Shelleby & Shaw, 2014; in Menting et al., 2020). De verschillen in effectiviteit worden vermoedelijk in belangrijke mate verklaard door de grote diversiteit in aard en oorzaken van gedragsproblemen, en de grote diversiteit in de inhoud van gebruikte interventies (Menting et al., 2015). Er is daarom op dit gebied dringend behoefte aan antwoord op de vraag "Wat Werkt Wanneer voor Wie en Waarom?".

Enkele recente studies doen een belangrijke aanzet voor het beantwoorden van deze vraag. Zo maakten Menting et al (2020) een overzicht van kenmerken die effectieve interventies tegen externaliserende gedragsproblemen gemeen hebben, om zo de werkzame elementen van deze interventies te identificeren. In een andere studie geeft Leijten (2022) – op basis van literatuuronderzoek – een overzicht van ingrediënten van ouderbegeleiding die bij kunnen dragen aan het succesvol terugdringen van gedragsproblemen bij kinderen. Hornstra et al (2023) verrichtten

een meta-regressie-analyse om te onderzoeken of de dosering van specifieke technieken gerelateerd was aan de effecten van gedragsmatige ouder- en leerkrachttraining op het gedrag van kinderen (tot 18 jaar) met ADHD.

Uit de literatuur komen de volgende elementen naar voren als belangrijk bij de aanpak van onrustig, opstandig of agressief gedrag.

Algemeen werkzame elementen

Algemeen werkzame elementen zijn de ingrediënten van de hulpverlening die bijdragen aan het resultaat, ongeacht de soort behandeling en doelgroep (Van Yperen et al., 2010).

- Aansluiten bij de motivatie van de jeugdige/ouders
- Investeren in de relatie met de jeugdige/ouders
- Goede structurering van de interventie (duidelijke doelstelling, planning en fasering)
- Goede 'match' van de aanpak met het probleem en de hulpvraag
- Uitvoering van de interventie zoals deze uitgevoerd hoort te worden en monitoring van doelbereik en tevredenheid
- Professionaliteit (goede opleiding en training) van de uitvoerder
- Goede werkomstandigheden van de uitvoerder (zoals draaglijke caseload, goede ondersteuning, veiligheid van de hulpverlener).

Specifieke structuur- en contextuele elementen

(Menting et al, 2020; Leijten, 2022; Hornstra et al., 2023)

- Een looptijd van 7 weken tot 7 maanden. Specifiek voor ouderbegeleiding geldt daarbij dat er geen evidentie is dat meer sessies effectiever is. Een beperkt aantal gerichte sessies lijkt het meest effectief (Leijten, 2022).
- Het in een vaste volgorde doorlopen van de sessies
- Ruimte om te oefenen met concreet gedrag (meestal in rollenspellen)
- Meegeven van huiswerk
- Specifiek voor ouderbegeleiding: de resultaten met betrekking tot individuele of groepsmatige begeleiding zijn niet eenduidig. Leijten (2022) vond dat individuele en groepsmatige begeleiding even effectief waren. Hornstra et al (2023) vonden – specifiek voor ADHD) dat individuele training geassocieerd was met grotere effecten op ADHD en hyperactiviteit/impulsiviteit symptomen dan groepstraining.
- Specifiek voor ouderbegeleiding: in-person en online begeleiding (mits gezinnen ook online door een professional worden begeleid) lijken even effectief (Leijten, 2022)

Specifieke inhoudelijke elementen binnen ouder- (en leerkracht)begeleiding

(Leijten, 2022; Hornstra, 2023)

Sterke evidentie voor effectiviteit

- Begeleiding gebaseerd op leertheoretische principes.
- Ongewenst gedrag negeren en apart zetten (time-out). Vooral voor het apart zetten om gehoorzaamheid bij kinderen te vergroten is relatief sterk wetenschappelijk bewijs. Belangrijk om daarbij op te merken, is dat dit onderzoek zich doorgaans specifiek richt op gehoorzaamheid van kinderen en daarmee niet de vraag beantwoordt of apart zetten in het algemeen een 'goede' opvoedtechniek is.

- Hornstra et al (2023) vonden specifiek voor ouder- en leerkrachttrainingen bij ADHD dat een hogere dosering van negatieve consequenties voor ongewenst gedrag (zoals corrigeren en gepland negeren) gerelateerd was aan grotere effecten op gedragsproblemen.

- Gebruik van video als voorbeeld of feedback.

Enige evidentie voor effectiviteit

- Begeleiding gebaseerd op relationele of cognitieve principes.
- Positieve bekrachtiging van gewenst gedrag (complimenten en beloningen). Waarbij opgemerkt wordt dat positieve bekrachtiging van gewenst gedrag ook negatieve effecten kan hebben en daarom met voorzichtigheid ingezet moet worden.
- Het geven van duidelijke instructies (mogelijk vooral in de peuterleeftijd).
- Kindgericht spelen (vooral voor kinderen met meer gedragsproblemen, en vooral wanneer het gecombineerd wordt met gedragsmanagement).
- Aanwezigheid van het kind tijdens de sessies.

Inconsistente evidentie voor effectiviteit

- Psycho-educatie. De evidentie voor het inzetten van psycho-educatie is inconsistent. Omdat psycho-educatie relatief goedkoop is, kan het een aantrekkelijke vorm zijn om in te zetten als preventiemaatregel, of wanneer weinig middelen beschikbaar zijn. Onderzoek naar deze korte programma's voor psycho-educatie laat zien dat ze effectief kunnen zijn om (lichte) gedragsproblemen terug te dringen.
 - Specifiek voor oudertraining bij ADHD: Hornstra et al (2023) vonden dat een hogere dosering van psycho-educatie aan ouders geassocieerd was aan kleinere effecten op gedragsproblemen en ADHD-symptomen bij de kinderen. De onderzoekers raden niet aan om psycho-educatie helemaal over te slaan; mogelijk heeft het aanbieden van psycho-educatie voorafgaand aan de behandeling de voorkeur boven psycho-educatie binnen de behandeling.

Leijten (2022) vond bovendien enige evidentie voor de **ineffectiviteit** van het element "Via de ouders sociale en cognitieve vaardigheden van het kind versterken." Programma's met een bredere focus dan alleen directe opvoedvaardigheden bleken minder effectief dan programma's met een specifiekere focus (Kaminski et al., 2008).

Specifieke inhoudelijke elementen binnen interventies voor jeugdigen

(Menting et al., 2020)

- Het consistent en duidelijk bekrachtigen van gewenst gedrag en straffen of niet bekrachtigen van ongewenst gedrag. Met als specifieke technieken: time-out en beloning door de therapeut (vooral voor kinderen) en zelfbeloning (vooral voor jongeren)
- Het versterken van vaardigheden zoals communicatievaardigheden (emotionele communicatie, probleemoplossen, sociale vaardigheden, inzicht in emoties), cognitieve en academische vaardigheden. Waarbij het versterken van de emotionele communicatie, het versterken van de cognitieve en academische vaardigheden (bijvoorbeeld via 'insight building') en het beïnvloeden van cognities en emoties vooral bij jongeren worden ingezet.
- Het modelleren van gedrag.

Samenvattend blijkt het goed mogelijk middels een combinatie van structuurelementen en inhoudelijke elementen gedragsproblemen blijvend te verminderen. Hierbij is essentieel dat de benadering goed wordt afgestemd op de specifieke situatie van kind en gezin. De meest effectieve specifieke elementen zijn dan ook elementen waarbij ouders, leerkrachten en kinderen zelf leren

situaties waarin probleemgedrag optreedt en de gevolgen van dit gedrag te herkennen en veranderen. In de keuzehulp is dit aangegeven in de keuzes voor specifieke elementen en interventies.

Referenties

- Akwa ggz (2019). Zorgstandaard adhd. Zie <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/adhd/introductie>.
- Coates, J., Taylor, J. A., & Sayal, K. (2015). Parenting Interventions for adhd: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Journal of attention disorders*, 19(10), 831–843.
- Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Buitelaar, J., Daley, D., Dittmann, R. W., Holtmann, M., Santosh, P., Stevenson, J., Stringaris, A., Zuddas, A., Sonuga-Barke, E. J., & European adhd Guidelines Group (eagg) (2015). Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(3), 164–174.
- Cortese, S., Ferrin, M., Brandeis, D., Holtmann, M., Aggensteiner, P., Daley, D., Santosh, P., Simonoff, E., Stevenson, J., Stringaris, A., Sonuga-Barke, E. J., & European adhd Guidelines Group (eagg) (2016). Neurofeedback for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis of Clinical and Neuropsychological Outcomes From Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(6), 444–455.
- Daley, D., van der Oord, S., Ferrin, M., Danckaerts, M., Doepfner, M., Cortese, S., Sonuga-Barke, E. J., & European adhd Guidelines Group (2014). Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(8), 835–847.e847.
- de Lange, M., Matthys, W., de Veld, D., Foolen, N., Addink, A., Menting, A. & Bastiaanssen, I. (2018). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen, Nederlands Jeugdinstituut.
- Dekkers, T. J., Hornstra, R., van der Oord, S., Luman, M., Hoekstra, P. J., Groenman, A. P., & van den Hoofdakker, B. J. (2021). Meta-analysis: Which Components of Parent Training Work for Children With Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, S0890-8567(21)00420-2. Advance online publication.
- Dufrene, B. A., Lestremau, L., & Zoder-Martell, K. (2014). Direct Behavioral Consultation: effects on teachers' praise and student disruptive behavior. *Psychology in the Schools*, 51(6), 567-580.
- Evans, S. W., Owens, J. S., Wymbs, B. T., & Ray, A. R. (2014). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 47(2), 157–198.
- Fabiano, G. A., Schatz, N. K., Aloe, A. M., Chacko, A., & Chronis-Tuscano, A. (2015). A systematic review of meta-analyses of psychosocial treatment for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clinical child and family psychology review*, 18, 77-97.
- Fossum, S., Handegård, B. H., Adolfsen, F., Vis, S. A., & Wynn, R. (2016). A meta-analysis of long-term outpatient treatment effects for children and adolescents with conduct problems. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 15-29.

- Groenman, A. P., Hornstra, R., Hoekstra, P. J., Steenhuis, L., Aghebati, A., Boyer, B. E., Buitelaar, J. K., Chronis-Tuscano, A., Daley, D., Dehkordian, P., Dvorsky, M., Franke, N., DuPaul, G. J., Gersh, N., Harvey, E., Hennig, T., Herbert, S., Langberg, J., Mautone, J. A., Mikami, A. Y., ... Van den Hoofdakker, B. J. (2021). An Individual Participant Data Meta-analysis: Behavioral Treatments for Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *S0890-8567(21)00233-1*.
- Hornstra, R., Groenman, A. P., Van der Oord, S., Luman, M., Dekkers, T. J., van der Veen-Mulders, L., ... & van den Hoofdakker, B. J. (2023). Which components of behavioral parent and teacher training work for children with ADHD?—a metaregression analysis on child behavioral outcomes. *Child and adolescent mental health*, *28(2)*, 258-268.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008) A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*, 567–589.
- Korest, R., & Carlson, J. S. (2021). A Meta-Analysis of the Current State of Evidence of the Incredible Years Teacher-Classroom Management Program. *Children (Basel, Switzerland)*, *9(1)*, 24.
- Leflot, G., van Lier, P. A. C., Onghena, P., & Colpin, H. (2013). The role of children's on-task behavior in the prevention of aggressive behavior development and peer rejection: A randomized controlled study of the good behavior game in Belgian elementary classrooms. *Journal of School Psychology*, *51*, 187–199.
- Leijten, P., Melendez-Torres, G. J., & Gardner, F. (2022). Research Review: The most effective parenting program content for disruptive child behavior – a network meta-analysis. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, *63(2)*, 132–142.
- Litschge, C. M., Vaughn, M. G., & McCrea, C. (2010). The empirical status of treatments for children and youth with conduct problems: An overview of meta-analytic studies. *Research on Social Work Practice*, *20(1)*, 21-35.
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. *Clinical psychology review*, *26(1)*, 86–104.
- Menting, A., Albrecht, G. & Orobio de Castro, B. (2015). *Effectieve Elementen van Interventies tegen Externaliserende Gedragsproblemen bij Jeugd. Rapportage in het kader van ZonMW Effectief werken in de jeugdsector.*
- Menting, A., Albrecht, G., & Orobio de Castro, B. (2020). Effectieve elementen van psychosociale interventies tegen externaliserende gedragsproblemen bij kinderen en jongeren. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, *47*.
- Menting, A.T.A., De Castro, B.O., Grandfield, B. M., Denissen, J. J. A., & Matthys, W. C. H. J. (2024). Better Start to Better Future? Long-Term Follow-Up of a Parenting Intervention for Mothers Being Released From Incarceration. *Journal of Experimental Criminology*, in press.
- Mingebach, T., Kamp-Becker, I., Christiansen, H., & Weber, L. (2018). Meta-meta-analysis on the effectiveness of parent-based interventions for the treatment of child externalizing behavior problems. *PLoS one*, *13(9)*, e0202855.
- Pfiffner, L. J., & DuPaul, G. J. (2015). Treatment of ADHD in school settings. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. (4th ed., pp. 596–629). Guilford.
- Rimestad, M. L., Lambek, R., Zacher Christiansen, H., & Hougaard, E. (2019). Short- and Long-Term Effects of Parent Training for Preschool Children With or at Risk of ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Attention Disorders*, *23(5)*, 423–434.

- Shelleby, E. C., & Shaw, D. S. (2014). Outcomes of parenting interventions for child conduct problems: A review of differential effectiveness. *Child Psychiatry & Human Development*, 45, 628-645.
- Smeets, K.C., Leeijen, A.A., Molen, M.J. van der, Scheepers, F.E., Buitelaar, J.K., & Rommelse, N.N. (2015). Treatment moderators of cognitive behavior therapy to reduce aggressive behavior: a meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 24(3), 255-264
- Storebø, O. J., Elmoose Andersen, M., Skoog, M., Joost Hansen, S., Simonsen, E., Pedersen, N., Tendal, B., Callesen, H. E., Faltinsen, E., & Gluud, C. (2019). Social skills training for attention deficit hyperactivity disorder (adhd) in children aged 5 to 18 years. The Cochrane database of systematic reviews, 6(6), cd008223
- Stouwe, T. van der, Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., Deković, M. & Laan, P. H. van der (2014). The effectiveness of multisystemic therapy (MST): A metaanalysis. *Clinical Psychology Review*, 34, 468- 481.
- van Aar, J., Leijten, P., Orobio de Castro, B., & Overbeek, G. (2017). Sustained, fade-out or sleeper effects? A systematic review and meta-analysis of parenting interventions for disruptive child behavior. *Clinical Psychology Review*, 51, 153-163.
- van den Hoofdakker, B. (2022). *Betere riemen, vaker roeien: Over de behandeling van gedragsproblemen bij kinderen*. (Inaugural lectures). University of Groningen.
- van der Pol, T.M., Hoeve, M., Noom, M.J., Stams, G.J.M., Doreleijers, T.A.H., van Domburgh, L., Vermeiren, R.R.J.M. (2017). Research review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems – a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 532-545.
- Van Yperen, Y., van der Steege, M., Addink, A. & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Eckshtain, D., Ugueto, A. M., Vaughn-Coaxum, R., ... & Fordwood, S. R. (2017). What five decades of research tells us about the effects of youth psychological therapy: A multilevel meta-analysis and implications for science and practice. *American Psychologist*, 72(2), 79.

8. Keuzehulpdeel ‘Moeite met sociale of onverwachte situaties of prikkels’

8.1 Interventies

Goede aanwijzingen voor effectiviteit

- **VIPP-AUTI:** VIPP-AUTI is een interventie voor gezinnen met kinderen (tot 6 jaar) met (een vermoeden van) een autismespectrumstoornis. VIPP-AUTI bestaat uit vijf huisbezoeken waarin filmfragmenten van ouder-kind interacties in dagelijkse- en spelsituaties gemaakt worden en met de ouders besproken worden. Het doel van VIPP-AUTI is sociaal communicatieve vaardigheden van het kind te vergroten door ouderlijke sensitiviteit voor autisme te verbeteren, waarbij de ouder het kind op passende wijze kan stimuleren en zich toegerust voelt om het kind op te voeden.

Overige interventies

Er zijn nauwelijks erkende interventies voor dit keuzehulpdeel en er is geen actuele richtlijn die handvatten biedt voor het inzetten van interventies. Het Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie biedt wel een [overzicht](#). Dat overzicht laat zien dat de volgende interventies overwogen kunnen worden:

- Psycho-educatie. Dit is meestal de eerste stap van behandeling en is van belang om ouders, en als het kind oud genoeg is, ook het kind zelf, inzicht te geven in de problematiek van hun kind.
 - Een voorbeeld van psycho-educatie voor het kind is Ik ben Speciaal. Ik ben Speciaal is een behandelmethode die middels psycho-educatie mensen met autisme vaardigheden leert om dit een plaats te geven in hun leven
 - Een andere methode waar onderzoek naar loopt, is Brain Blocks. Brain Blocks wordt ingezet als psycho-educatie bij autisme, waarbij het doel is om makkelijker te communiceren. Kinderen en jongeren met autisme krijgen meer inzicht in de gedachten en gevoelens van zichzelf en van de ander, en de omgeving in die van hen.
 - Geef me de 5 is een methodiek gericht op vijf pijlers: autisme begrijpen, positief contact, basisrust creëren, problemen oplossen en ontwikkeling bevorderen. Uit [onderzoek hiernaar](#) (Naber 2018) bleek op basis van een kleine populatie dat zowel het welbevinden van de ouders, als het functioneren van het gezin, en de opvoedkwaliteiten van de ouders sterk toenamen.
 - De Jouw Autisme Methodiek geeft materialen en ondersteuning om een psycho-educatietraject vorm te geven. Een traject waarin jongeren met autisme een reëel beeld krijgen van wie zij zijn en wat ze kunnen. Om daarmee problemen en uitval te voorkomen.
- Gedragstherapie:
 - *Pivotal Response Treatment (PRT):* PRT is een gedragstherapeutische behandeling gebaseerd op ABA-principes met als doel de sociale interactie, communicatie en andere adaptieve vaardigheden van jonge kinderen te verbeteren. De behandeling richt zich op kernvaardigheden zoals motivatie voor contact en sociaal initiatief nemen. Oudertraining is een essentieel onderdeel.
 - *FloorPlay:* FloorPlay is een praktische methode voor het werken met kinderen met uiteenlopende ontwikkelingsproblemen waaronder een autismespectrumstoornis of meervoudige beperking. De methode kan op individuele basis worden gebruikt door

ouders en hulpverleners. In zorginstellingen biedt het een ontwikkelings- en contactgerichte methode van bejegening van cliënten. De FloorPlay opleiding is bedoeld voor ouders, begeleiders en hulpverleners van kinderen tussen de 0 en 7 jaar.

- *JASPER-training*: De JASPER-training (Joint Attention Symbolic Play Engagement and Regulation) richt zich op het bevorderen van joint attention, spel en emotieregulatie bij jonge kinderen van 0-6 jaar met autisme, maar kan ook ingezet worden bij oudere kinderen (tot 10 jaar). Ouders leren tijdens speelsessies met hun kind hoe zij joint attention en spelvaardigheden bij hun kind kunnen stimuleren, maar dit kan ook door een leerkracht of trainer uitgevoerd worden. Centraal tijdens de sessies staan het optimaal inrichten van de omgeving, imiteren en voordoen, het vaststellen van spelroutines, het uitbreiden van spelniveau en -diversiteit en het stimuleren van sociaal-communicatieve vaardigheden (waaronder joint attention). Sessies vinden één tot twee keer per week plaats en duren 30-60 minuten per sessie.
- Ouder/gezinstraining: Er zijn verschillende behandelingen gericht op de ouders van kinderen met autisme, die zich vooral richten op het verminderen van gedragsproblemen.
 - Een voorbeeld hiervan is [Individuele oudertraining bij kinderen met autisme](#). In deze training wordt aandacht besteed aan het analyseren van probleemgedrag en het verminderen ervan.
- Behandeling gericht op bijkomende problemen: Daarnaast zijn er verschillende behandelingen specifiek voor jongeren met autisme, bijvoorbeeld gericht op stemmingsproblemen, agressieregulatie of seksualiteit.

8.2 Verantwoording

Bij kinderen die moeite hebben met sociale of onverwachte situaties of prikkels hoeft zeker geen sprake te zijn van (kenmerken van) autisme. De expertgroep autisme van het Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie benadrukt dat er natuurlijke variatie van de mens is in gevoeligheid voor onverwachte prikkels, en benadrukt de positieve aspecten van individuele verschillen. Toch kunnen veel jeugdigen met een sterke gevoeligheid voor onverwachte prikkels en hun omgeving baat hebben bij ondersteuning en begeleiding. Daarbij is het belangrijk om te benadrukken dat iedere jeugdige een uniek profiel heeft van problemen, beperkingen en mogelijkheden, dat zich over de tijd ontwikkelt en nauw samenhangt met contextuele factoren. Wanneer problematiek ernstiger is vraagt dit om grondige diagnostiek en interventies op maat (Dietz et al., 2018; Fuentes, Hervás, & Howlin, 2021; Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2021).

Er zijn door de jaren heen heel veel behandelingen ontwikkeld voor jeugdigen die moeite hebben met sociale of onverwachte situaties of prikkels, vaak nog beperkt tot de noemer 'autisme', maar veel van deze behandelingen zijn nauwelijks onderzocht. Het onderzoek dat wel is verricht wordt gekenmerkt door methodologische tekortkomingen (Sandbank et al., 2020; Lord et al., 2022). Hieronder volgt een kort overzicht van de belangrijkste resultaten.

Vroegtijdige interventies (tot ongeveer 5 jaar)

In de Praktijkrichtlijn Autisme van de European Society of Child and Adolescent Psychiatry concluderen Fuentes et al (2021) dat er vooralsnog het meeste bewijs is voor interventies die zich richten op vroege ouder-kind interacties (waarbij ouders leren op een positieve en bekrachtigende manier te reageren op de 'communicatieve cues' van hun kind, o.a. door mogelijkheden te creëren voor 'joint attention' en imitatie, emotionele afstemming, wederkerigheid) (Cheng et al., 2023; Dijkstra et al., 2021; Green et al., 2022; Sandbank et al., 2020). In verschillende vroegtijdige

interventies worden daarnaast – met behulp van gedragstherapeutische technieken - systematisch vaardigheden aan het kind aangeleerd. Onderzoek heeft laten zien dat zulke interventies positieve effecten kunnen hebben op de sociale communicatie van jonge kinderen (Fuentes et al., 2021). Belangrijke voorwaarde daarbij is dat zij in de dagelijkse leefomgeving van het kind worden aangeboden en het kind zelf zien als actieve communicatiepartner (Fuentes et al., 2021; Lord et al., 2022; Sandbank et al., 2020). Dergelijke vroegtijdige interventies kunnen ook in een schoolsetting worden ingezet. Hier is wat beperkt onderzoek naar verricht met positieve resultaten (Lord et al., 2022).

Oudertraining

Ouders spelen een belangrijke rol bij de ondersteuning en begeleiding van jeugdigen met autisme. Fuentes et al (2021) benadrukken het belang van psycho-educatieve groepen waarin ouders informatie krijgen over hoe zij de sociale en communicatieve vaardigheden van hun kind kunnen verbeteren en hoe zij om kunnen gaan met uitdagend gedrag, zoals rituelen, boosheid, angsten, problemen met slapen en eten. Dit soort groepsprogramma's kunnen de vaardigheden en het welzijn van ouders verbeteren en kunnen ook positieve effecten hebben op het gedrag van kinderen (Postorino et al., 2017; Lord et al., 2022; Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2021). Een recente meta-analyse naar 'parent implemented interventions' (waaronder een brede range aan oudertrainingen en interventies uitgevoerd door ouders valt; deels overlappend met de vroegtijdige interventies die onder het vorige kopje besproken zijn) vindt positieve effecten op o.a. positief gedrag/sociale vaardigheden, taal/communicatie en gedragsproblemen bij de kinderen (Cheng et al., 2023).

Sociale vaardigheidstraining

Interventies gericht op het vergroten van sociale vaardigheden worden veel ingezet bij kinderen en jongeren met autisme die moeite hebben met sociale communicatie. Dit soort interventies verschillen erg in vorm, duur, inhoud en setting waarin zij ingezet worden (Deckers, 2022; Fuentes et al., 2021). De meeste studies naar dit soort interventies vinden positieve resultaten op de korte termijn op specifieke sociale competenties of binnen specifieke settingen, maar er is nog weinig bewijs voor generalisatie van de vaardigheden (Fuentes et al., 2021; Lord et al., 2022; Deckers, 2022; Dekker, 2021).

Behandeling gericht op bijkomende problemen

Het Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie (2021) geeft aan dat, afhankelijk van de noodzaak en op welk gebied de meeste belemmeringen liggen, daarnaast aanvullende behandeling kan worden ingezet zoals fysiotherapie bij motorische problemen of logopedie bij taalproblemen. Cognitieve gedragstherapie (CGT) kan worden ingezet bij oudere kinderen en jongeren met ASS als er sprake is van internaliserende of externaliserende problematiek. Onderzoek heeft zich vooral gericht op angstproblematiek (Ung et al, 2015; Perihan et al., 2020; Rosen et al, 2016). Er zijn wat aanwijzingen dat aangepaste CGT (o.a. met meer visuele middelen, concreet taalgebruik, veel oefenmogelijkheden) positieve effecten kan hebben op dit soort bijkomende problemen op de korte termijn (met name bij hoogfunctionerend autisme). Ook mindfulness kan overwogen worden bij jongeren met autisme en bijkomende emotionele problemen of gedragsproblemen, zoals angst, stress, en boos gedrag. Onderzoek bij volwassenen met autisme (Spek et al., 2013; in: Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie) en recenter onderzoek onder jongeren met autisme (Ridderinkhof et al., 2018) vindt wat positieve effecten.

Wat de werkzame elementen binnen interventies zijn, oftewel wat voor wie en onder welke omstandigheden het beste werkt, is vooralsnog onbekend (Fuentes et al., 2021; Lord et al., 2022; Green et al., 2022; Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2021). Op basis van het beperkte onderzoek, expert opinie en internationale richtlijnen, kunnen wel enkele mogelijk werkzame elementen worden onderscheiden.

Algemeen werkzame elementen

Algemeen werkzame elementen zijn de ingrediënten van de hulpverlening die bijdragen aan het resultaat, ongeacht de soort behandeling en doelgroep (Van Yperen et al., 2010).

- Aansluiten bij de motivatie van de jeugdige/ouders. Focus op individuele sterke punten, niet alleen op beperkingen (Fuentes et al., 2021).
- Investeren in de kwaliteit van de relatie met de jeugdige/ouders.
- Goede structurering van de interventie (duidelijke doelstelling, planning en fasering)
- Goede 'match' van de aanpak met het probleem en de hulpvraag. Doordat symptomen van autisme zich over de tijd ontwikkelen en erg samenhangen met contextuele factoren, bevelen richtlijnen aan om evidence based methoden in te zetten, maar daarbij wel continu te blijven kijken naar de individuele cliënt, leeftijd en ontwikkelingsfase en omstandigheden (Fuentes et al., 2021).
- Uitvoering van de interventie zoals deze uitgevoerd hoort te worden en monitoring van doelbereik en tevredenheid
- Professionaliteit (goede opleiding en training) van de uitvoerder
- Goede werkomstandigheden van de uitvoerder (zoals draaglijke caseload, goede ondersteuning, veiligheid van de hulpverlener).

Specifieke structuur- en contextuele elementen

Deze structurelementen zijn grotendeels ontleend aan de aanbevelingen die zijn opgenomen in de Praktijkrichtlijn Autisme van de European Society of Child and Adolescent Psychiatry (Fuentes et al., 2021).

- Vroegtijdig starten en intensief begeleiden in een natuurlijke setting (thuis, op school) is van belang: dit heeft een positief effect op de ontwikkeling van kinderen met autisme (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2021; Lord et al., 2022; Green et al., 2022; Dietz et al., 2018).
- Zorgen voor ondersteuning gedurende de gehele levensloop door het optimaliseren van mogelijkheden en minimaliseren van obstakels die de inclusie van educatie, werk en maatschappij negatief kunnen beïnvloeden (Lai et al., 2020).
- Op maat werken: effectieve behandelingen worden niet bepaald door een vaste hoeveelheid uren of sessies per dag of week.
- De basisfunctie van de behandelaar of therapeut is niet het direct behandelen van het kind, maar vooral het coachen van sleutelfiguren in de omgeving van het kind die de hele dag door therapeutische interventies kunnen doen. Zo laat de meta-analyse van Cheng et al. (2023) bijvoorbeeld zien dat het trainen van ouders om interventies uit te voeren positieve effecten kan hebben op allerlei uitkomstmaten.
- Het bieden van een multidimensionaal hulpaanbod.

Specifieke inhoudelijke elementen

- Baseer interventies op 'functionele gedragsanalyses: stel eerst vast wat de functie of het doel is van het gedrag (zoek uit waarom het kind dit gedrag vertoont) en zet op basis van de uitkomsten van dit onderzoek specifieke interventies in (Fuentes et al., 2021).

- Focus op het creëren van een ‘autismevriendelijke’ omgeving. Hierin spelen zowel de jeugdige zelf, ouders, school, als andere betrokkenen in de omgeving een rol. Hoewel het onderzoek beperkt is, lijkt er consensus te zijn over wat zo’n autismevriendelijke omgeving inhoudt en hoe deze bereikt kan worden. Zo benadrukt de richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009) dat er internationale overeenstemming is dat jeugdigen met autisme de meeste ontwikkelingskansen krijgen in een gestructureerde omgeving met duidelijke communicatieve ondersteuning (NVvP, 2009). Belangrijke elementen daarbij zijn (ontleend aan o.a. Hoek & van der Weijden, 2021):
 - Psycho-educatie op maat. Dit wordt gezien als een essentiële eerste stap om ouders (maar ook – als zij oud genoeg zijn – kinderen zelf, andere gezinsleden en belangrijke personen in de omgeving) inzicht te geven in de beperkingen en mogelijkheden van het kind en de mogelijkheden voor ondersteuning. Psycho-educatie helpt ouders sensitiever te worden voor het autisme van hun kind en zij kunnen die kennis gebruiken om hun opvoedingsvaardigheden te versterken en de omgeving voor het kind aan te passen. Psycho-educatie aan kinderen zelf kan helpen bij bijvoorbeeld het herkennen van onder- of overprikkeling en het verkrijgen van regie hierover (Dietz et al., 2018; Lord et al., 2022; Green et al., 2022). Deckers (2022) benadrukt dat er nog weinig onderzoek is gedaan naar psycho-educatie maar dat de eerste resultaten veelbelovend zijn.
 - Positief en sensitief-responsief opvoeden. Zo vindt onderzoek positieve effecten voor interventies waarin ouders leren op een positieve en bekrachtigende manier te reageren op de communicatieve ‘cues’ van hun kind en mogelijkheden te creëren voor ‘joint attention’, imitatie, initiatieven vanuit het kind, wederkerigheid en spontaan spel (Fuentes et al., 2021; Cheng et al., 2023; Dijkstra et al., 2021; Green et al., 2022; Sandbank et al., 2020).
 - Voorspelbaar reageren, consequent zijn en situaties verduidelijken. Er is wat onderzoek dat positieve resultaten vindt van methodieken waarin aandacht is voor duidelijke en voorspelbare communicatie (zoals Nederlands onderzoek van Naber (2018) en Poslawsky et al. 2015).
 - Structureren in tijd, taak en ruimte. Het is voor kinderen met autisme belangrijk om structuur te bieden en regels te stellen die de omgeving voorspelbaar maken. Zo is het voor het kind gemakkelijker om nieuwe situaties te overzien, zich in te stellen op prikkels en daarop passend te reageren. Visuele ondersteuning (bijvoorbeeld planborden, roosters, emoticons) kan daarbij behulpzaam zijn en kan abstracte concepten als tijd of abstracte sociale begrippen als emoties zichtbaar maken (Lord et al., 2022). Er is nog weinig onderzoek gedaan naar het gebruik van visuele ondersteuning (Fuentes et al., 2021). Logan et al (2017) en Rutherford et al (2019) concluderen dat zulke middelen positieve effecten kunnen hebben op bijvoorbeeld de communicatie van kinderen met ASS, ouder-kind interacties, (taak)gedrag en angst. Een voorwaarde daarbij is wel dat een kind betekenis kan verlenen aan visuele stimuli.
 - Het in balans brengen van het prikkelaanbod met de sensorische overgevoeligheden en behoeften van het kind. Belangrijk daarbij is dat de sensorische gevoeligheid van iedere jeugdige met autisme anders is en ook per situatie verschillend kan zijn. De mate waarin een jeugdige hyper responsief (overgevoelig voor prikkels) is, is bijvoorbeeld vaak sterk gekoppeld aan stress (van Berckelaer-Onnes et al., 2018). Specifiek gaat het hierbij dan ook om:

- Het wegnemen van stress en zorgen voor ontspanning. Hoe meer er sprake is van sensorische basisrust (een prikkelaangepaste omgeving), hoe minder last een jeugdige heeft van hyperresponsiviteit.
- Het indirect aanpakken van prikkels (bijvoorbeeld door het creëren van rustplekken in huis, of rustmomenten in het dagprogramma) en het direct aanpakken van prikkels (prikkel wegnemen, filteren, voorspelbaar maken, er controle over geven).
- Bij ondergevoeligheid voor bepaalde prikkels: het aanbieden van de juiste prikkels, op een gepaste manier en in de juiste dosering (van Berckelaer-Onnes et al, 2018).

Er is nog maar zeer beperkt onderzoek gedaan naar de effecten van aanpassingen om omgevingen (bijvoorbeeld scholen) meer geschikt te maken voor neurodiverse populaties, maar er zijn wat aanwijzingen dat dergelijke aanpassingen (in bijvoorbeeld licht, aankleding, ruimtes om terug te trekken) een positieve uitwerking kunnen hebben op sensorische gevoeligheid (Black et al., 2022).

Referenties

- Black, M. H., McGarry, S., Churchill, L., D'Arcy, E., Dalgleish, J., Nash, I., ... & Girdler, S. (2022). Considerations of the built environment for autistic individuals: A review of the literature. *Autism*, 26(8), 1904-1915.
- Cheng, W. M., Smith, T. B., Butler, M., Taylor, T. M., & Clayton, D. (2023). Effects of parent-implemented interventions on outcomes of children with autism: A meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(11), 4147-4163.
- Deckers, A. M. J. (2022). *Bridging the gap: Social interaction in youth with Autism Spectrum Disorder*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University.
- Dekker, V. (2021). *Effectiveness of Social Skills Training for children with autism spectrum disorder*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. University of Groningen.
- Dietz, C., Visser, J. C., Van Berckelaer-Onnes, I. A., & Peters-Scheffer, N. C. (2018). Vroege interventie bij autismespectrumstoornissen: State of the art. *Tijdschrift van de Vereniging voor Kinder-en Jeugdpsychotherapie*, 45, 1-23.
- Dijkstra-de Neijs, L., Tisseur, C., Kluwen, L. A., Van Berckelaer-Onnes, I. A., Swaab, H., & Ester, W. A. (2023). Effectivity of play-based interventions in children with autism spectrum disorder and their parents: a systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(4), 1588-1617.
- Expertgroep Autisme (2020-2021). *Autismespectrumstoornissen (ASS) bij kinderen en adolescenten*. Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie.
- Fuentes, J., Hervás, A., Howlin, P., & (ESCAP ASD Working Party). (2021). ESCAP practice guidance for autism: a summary of evidence-based recommendations for diagnosis and treatment. *European child & adolescent psychiatry*, 30(6), 961-984.
- Green, J., Leadbitter, K., Ainsworth, J., & Bucci, S. (2022). An integrated early care pathway for autism. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6(5), 335-344.
- Hoek, I. & van der Weijden, R. (2021). Aanpassen van de omgeving ter bevordering van ontwikkeling. In: de Bildt, A., Servatius-Oosterling, I. & de Jonge, M. *Autisme bij kinderen. Signalering, diagnostiek en behandeling* (p.173-187). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Logan, K., Iacono, T. & Trembath, D. (2017). A systematic review of research into aided AAC to increase social-communication functions in children with autism spectrum disorder, *Augmentative and Alternative Communication*, 33:1, 51-64.

- Lord, C., Charman, T., Havdahl, A., Carbone, P., Anagnostou, E., Boyd, B., ... & McCauley, J. B. (2022). The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet*, 399(10321), 271-334.
- Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of consulting and clinical psychology*, 55(1), 3.
- Naber, F.B.A. (2018). Effectiviteit van de Geef me de 5 Basiscursus; wetenschappelijk onderzoek. Resultaten van onderzoek effectiviteit oudercursus in gemeenten.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009). Richtlijn Diagnostiek en behandeling autismespectrumstoornissen bij kinderen en jeugdigen. Utrecht: NVvP.
- Nederlandse Vereniging van Autisme (z.d.). Wat vindt de NVA van ABA? Geraadpleegd op 28-02-2024 van <https://www.autisme.nl/over-autisme/behandeling-en-begeleiding/wat-vindt-de-nva-van-aba/>.
- Perihan, C., Burke, M., Bowman-Perrott, L., Bicer, A., Gallup, J., Thompson, J., & Sallese, M. (2020). Effects of cognitive behavioral therapy for reducing anxiety in children with high functioning ASD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of autism and developmental disorders*, 50, 1958-1972.
- Poslawsky, I..E., Naber, F.B.A., Bakermans-Kraneneburg, M.J., Van Daalen, E., Van Engeland, H. & Van IJzendoorn, M.H. (2015). Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting adapted to Autism (VIPPAUTI): A Randomized Controlled Trial. *Autism. The International Journal of Research and Practice*. 19(5); 588-603.
- Postorino, V., Sharp, W. G., McCracken, C. E., Bearss, K., Burrell, T. L., Evans, A. N., & Scahill, L. (2017). A systematic review and meta-analysis of parent training for disruptive behavior in children with autism spectrum disorder. *Clinical child and family psychology review*, 20, 391-402.
- Ridderinkhof, A., de Bruin, E. I., Blom, R., & Bögels, S. M. (2018). Mindfulness-Based Program for Children with Autism Spectrum Disorder and Their Parents: Direct and Long-Term Improvements. *Mindfulness*, 9(3), 773–791.
- Rosen, T. E., Connell, J. E., & Kerns, C. M. (2016). A Review of Behavioral Interventions for Anxiety-Related Behaviors in Lower-Functioning Individuals with Autism. *Behavioral Interventions*.
- Rutherford, M., Baxter, J., Grayson, Z., Johnston, L., & O'Hare, A. (2019). Visual supports at home and in the community for individuals with autism spectrum disorders; a scoping review. *Autism International Journal of Research and Practice*, 24(2), 447–469.
- Sandbank, M., Bottema-Beutel, K., Crowley, S., Cassidy, M., Dunham, K., Feldman, J. I., ... & Woynaroski, T. G. (2020). Project AIM: Autism intervention meta-analysis for studies of young children. *Psychological bulletin*, 146(1), 1.
- Spek, A., Van Ham, N.C., & Nyklíček, I. (2013). Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: A randomized controlled trial. *Research in Developmental Disabilities*, 34(1), 246-253
- Ung, D., Selles, R., Small, B. J., & Storch, E. A. (2015). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for anxiety in youth with high-functioning autism spectrum disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(4), 533-547.
- Van Berckelaer-Onnes, I. A., Degrieck, S., & Hufen, M. (2018). *Autisme en zintuiglijke problemen*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Van Yperen, Y., van der Steege, M., Addink, A. & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

9. Keuzehulpdeel 'Gezinnen met meervoudige en complexe problemen'

9.1 Interventies

Behoeftte aan ondersteuning bij (praktische) taken/behoeftte aan contact/steun omgeving

Goede aanwijzingen voor effectiviteit

- **Multisysteemtherapie:** Multisysteem Therapie (MST) is een intensieve gezinsbehandeling in de thuissituatie. MST richt zich op jongeren van 10 tot en met 18 jaar met ernstige gedragsproblemen en hun opvoeders. Het hoofddoel van MST is het verminderen van de ernstige gedragsproblemen van de jongere en ervoor te zorgen dat het gezin en de omgeving in staat zijn om toekomstige problemen zelfstandig het hoofd te bieden. Daarmee wordt gezorgd dat de jongere thuis kan blijven wonen en uithuisplaatsing wordt voorkomen of verkort. In alle systemen rondom de jongere zoekt de MST-therapeut met belangrijke betrokkenen naar factoren die samenhangen met het probleemgedrag en in al die systemen intervenueert MST. De behandeling is voortdurend gericht op het versterken van de probleemoplossende vaardigheden van het gezin, de opvoedvaardigheden van de opvoeders en het sociale netwerk. Het doel daarvan is dat de veerkracht van het gezin wordt vergroot en het gezin beter in staat is problemen duurzaam zelf op te lossen in de toekomst.

Eerste aanwijzingen voor effectiviteit

- **Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG):** IAG is een behandeling voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen (met minimaal 1 kind tussen de 0 en 18 jaar), met als doel dat kinderen in het gezin blijven wonen of kunnen terugkeren naar huis. Dit wordt behaald door de gedragsproblemen van kinderen te verminderen, de opvoedvaardigheden van de ouders te vergroten en het sociaal netwerk meer te betrekken bij het gezin. De behandeling duurt gemiddeld vijf tot zeven maanden, waarin de hulpverlener het gezin twee keer per week thuis opzoekt.

Goed onderbouwd

Onderstaande interventies zijn toch opgenomen omdat deze de werkzame kernelementen bevatten die in de keuzehulp worden benoemd.

- **Gezin Centraal:** Gezin Centraal is een gezinsgecentreerde vorm van ambulante hulpverlening, bedoeld voor gezinnen met kinderen (tot 18 jaar) waar sprake is van ernstige opvoed- en opgroeioproblemen. De gezinshulpverlener biedt hulp in de dagelijkse leefomgeving van het gezin door hen thuis te bezoeken. De hulpverlener richt zich daarbij op concrete, door het gezin geformuleerde doelen, die zijn uitgewerkt in praktische, haalbare werkpunten. Het succes wordt behaald door veelvuldig oefenen. De hulpverlener past diens handelen aan op basis van feedback van het gezin
- **HouVast:** HouVast is een ambulant zorgaanbod voor ouders met een licht verstandelijke beperking (Ivb) die opvoed- en opgroeioproblemen hebben of dreigen te krijgen. Het doel is dat de ouders in staat zijn om hun kinderen veilig en 'goed genoeg' op te voeden. Hiertoe wordt gemiddeld twee uur per week gewerkt aan acceptatie van hulp, het bouwen van een steunend netwerk en het vergroten van opvoedvaardigheden.

Overige interventies

Onderstaande interventie is niet beoordeeld door de erkenningscommissie jeugdinterventies. De richtlijn 'Gezinnen met meervoudige en complexe problemen' (Van der Steege, de Veld & Zoon, 2020) laat echter zien dat deze interventie in de praktijk veel gebruikt wordt. Ook is er wat onderzoek dat aantoont dat zij kan bijdragen aan het verminderen van opvoedstress:

- **10 voor Toekomst:** 10 voor Toekomst is gezinsbegeleiding aan huis gericht op gezinnen met meerdere ingewikkelde problemen. Zij hebben vaak al andere hulpverlening gehad, maar zonder blijvend succes. Door een integrale aanpak, leren gezinnen omgaan met hun problemen. Doel is een gezonde en veilige leefomgeving voor kinderen en ouders.

Is er behoefte aan gedragsverandering van de gezinsleden/is er behoefte aan ondersteuning bij de opvoeding?

Goede aanwijzingen voor effectiviteit

- **Multisysteemtherapie:** Multisysteem Therapie (MST) is een intensieve gezinsbehandeling in de thuissituatie. MST richt zich op jongeren van 10 tot en met 18 jaar met ernstige gedragsproblemen en hun opvoeders. Het hoofddoel van MST is het verminderen van de ernstige gedragsproblemen van de jongere en ervoor te zorgen dat het gezin en de omgeving in staat zijn om toekomstige problemen zelfstandig het hoofd te bieden. Daarmee wordt gezorgd dat de jongere thuis kan blijven wonen en uithuisplaatsing wordt voorkomen of verkort. In alle systemen rondom de jongere zoekt de MST-therapeut met belangrijke betrokkenen naar factoren die samenhangen met het probleemgedrag en in al die systemen intervenueert MST.
- **Multidimensionele Familietherapie (MDFT):** MDFT is een systeemtherapie voor jongeren (12 t/m 24 jaar) met enkelvoudig of meervoudig probleemgedrag waarvan de centrale elementen delinquentie of stoornissen in alcohol- of druggebruik zijn. MDFT richt zich niet alleen op de jongere zelf, maar ook op het gezin en op de bredere sociale omgeving van de jongere zoals school, werk, vrije tijd en buurt. Het doel van MDFT is ervoor te zorgen dat het probleemgedrag van de jongere stopt of althans afneemt. Bij dreigende uithuisplaatsing is het doel bovendien om de uithuisplaatsing van de jongere te voorkomen.

Eerste aanwijzingen voor effectiviteit

- **Families First:** Families First is intensieve crishulp aan gezinnen met als doel om het gezin bij elkaar te houden en uithuisplaatsing van één of meer kinderen (0-18 jaar) te voorkomen. De veiligheid van de kinderen staat voorop. De hulp duurt vier tot zes weken, sluit aan bij de behoeften van het gezin en is gericht op het vergroten van de competentie van gezinsleden door middel van het versterken van datgene wat goed gaat en het aanleren van nieuwe vaardigheden.
- **Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG):** behandeling voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen (met minimaal 1 kind tussen de 0 en 18 jaar), met als doel dat kinderen in het gezin blijven wonen of kunnen terugkeren naar huis. Belangrijk subdoel is verminderen gedragsproblemen kind.
- **Triple P niveau 4 en 5:** Niveau 4 van het Positief Pedagogisch Programma – Triple P – is een oudertraining gericht op het voorkomen of verminderen van ernstige gedrags-, emotionele en ontwikkelingsproblemen bij jeugdigen (van 2-16 jaar). Het aanvullende niveau 5 is gericht op bijkomende risicofactoren in het gezin. Gericht op kinderen met ernstige emotionele en gedragsproblemen.
- **Parent Management Training Oregon (PMTO):** PMTO is een behandeling voor gezinnen met één of meer kinderen (tussen de 4 en 12 jaar) met ernstige externaliserende gedragsproblemen, al dan niet gecombineerd met hyperactiviteit. Het doel van de behandeling is dat de kinderen beter

gaan functioneren en hun gedragsproblemen verminderen doordat hun ouders meer effectieve opvoedingsstrategieën toepassen.

- **Forensische Ambulante Systeem Therapie (FAST):** FAST is bedoeld om bij jongeren (12 t/m 18 jaar) de kans op recidive van probleem- en delictgedrag met antisociaal of grensoverschrijdend gedrag te verminderen of te voorkomen. FAST is een op maat gesneden behandeling die ingaat op de gezins- en kindfactoren die het probleemgedrag in stand houden. Met het gezin wordt elke twee weken besproken welke algemene en optionele FAST-subdoelen de meeste prioriteit hebben.

Goed onderbouwd

Onderstaande interventies zijn toch opgenomen omdat deze de werkzame kernelementen bevatten die in de keuzehulp worden benoemd.

- **Gezin Centraal:** Gezin Centraal is een gezinsgecentreerde vorm van ambulante hulpverlening, bedoeld voor gezinnen met kinderen (tot 18 jaar) waar sprake is van ernstige opvoed- en opgroei problemen. De gezinshulpverlener biedt hulp in de dagelijkse leefomgeving van het gezin door hen thuis te bezoeken. De hulpverlener richt zich daarbij op concrete, door het gezin geformuleerde doelen, die zijn uitgewerkt in praktische, haalbare werkpunten. Het succes wordt behaald door veelvuldig oefenen. De hulpverlener past diens handelen aan op basis van feedback van het gezin
- **HouVast:** HouVast is een ambulant zorgaanbod voor ouders met een licht verstandelijke beperking (Ivb) die opvoed- en opgroei problemen hebben of dreigen te krijgen. Het doel is dat de ouders in staat zijn om hun kinderen veilig en 'goed genoeg' op te voeden. Hiertoe wordt gemiddeld twee uur per week gewerkt aan acceptatie van hulp, het bouwen van een steunend netwerk en het vergroten van opvoedvaardigheden.
- **Relationele gezinstherapie (RGT):** Relationele Gezinstherapie is een gezinsbehandeling voor jongeren (12 tot 18 jaar) met ernstige externaliserende gedragsproblemen en hun gezinnen. De therapie richt zich op het positief beïnvloeden van de onderlinge gezinsrelaties. Daarbij is de verwachting dat als deze verbeteren, de gedragsproblemen van de jongere verminderen.

Overige interventies

Onderstaande interventie is niet beoordeeld door de erkenningscommissie jeugdinterventies. De richtlijn 'Gezinnen met meervoudige en complexe problemen' (Van der Steege, de Veld & Zoon, 2020) laat echter zien dat deze interventie in de praktijk veel gebruikt wordt. Ook is er wat onderzoek dat aantoont dat zij kan bijdragen aan het verminderen van opvoedstress:

- **10 voor Toekomst:** 10 voor Toekomst is gezinsbegeleiding aan huis gericht op gezinnen met meerdere ingewikkelde problemen. Zij hebben vaak al andere hulpverlening gehad, maar zonder blijvend succes. Door een integrale aanpak, leren gezinnen omgaan met hun problemen. Doel is een gezonde en veilige leefomgeving voor kinderen en ouders.

9.2 Verantwoording

Zowel nationaal als internationaal zijn er nog weinig goed opgezette effectstudies verricht naar specifieke interventies voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen (Zoon, van Rooijen & Berg-Le Clercq, 2020; Hornyak, Visscher, Delsing, Evenboer, Scholte, Reijneveld & Jansen, 2023). Een aantal systematische reviews en meta-analyses brengt de dus beperkte informatie over effectiviteit van deze interventies in kaart (Dagenais, Bégin, Bouchard & Fortin, 2004; Veerman, Janssens & Delicat, 2005; Al, Stams, Bek, Damen, Asscher en van der Laan, 2012; Holwerda, Reijneveld & Jansen,

2014; Klaassen-Vermaat, Evenboer, Veerman, Scholte, Zoon, Knot-Dickscheit, van Yperen, Jansen & Reijneveld, 2015; Evenboer, Reijneveld & Jansen, 2018; Van Assen, Knot-Dickscheit, Post & Grietens, 2020). Deze laten zien dat interventies voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen positieve effecten kunnen hebben op problemen van de kinderen en op opvoedstress van de ouders. Het beeld is echter niet consistent, want de gevonden effectgroottes variëren van klein tot groot. Dit niet alleen tussen studies naar verschillende interventies, maar zelfs tussen studies naar dezelfde interventie. Ook blijkt er in verschillende studies na afloop van de interventie nog sprake van aanzienlijke problematiek in de gezinnen.

Een van de oorzaken van de variërende effecten in de studies kan zijn dat interventies niet altijd worden uitgevoerd zoals bedoeld en er daardoor binnen eenzelfde interventie soms verschillende elementen worden aangeboden aan gezinnen (Hornyak et al., 2023). Visscher, Reijneveld, Knot-Dickscheit, van Yperen, Scholte, Delsing, Evenboer & Jansen (2022) benadrukken dat er - op basis van het onderzoek dat tot nu toe is verricht – geen harde uitspraken gedaan kunnen worden over wat effectieve elementen zijn in de hulp aan gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Studies richten zich vaak op specifieke problemen die in deze gezinnen spelen (zoals gedragsproblemen van het kind, psychische problemen, dreigende uithuisplaatsing of kindermishandeling). In zulke studies is niet gekeken naar alle elementen die worden aangeboden aan de gezinnen. Door de hoeveelheid en complexiteit van problemen in deze gezinnen kan de effectiviteit van inhoudelijke en structurelementen erg variëren over subgroepen. Het zijn daarom vooralsnog vooral ‘mogelijk werkzame elementen’ die naar voren komen uit onderzoek en praktijkervaringen. Verschillende auteurs (zoals Zoon et al 2020; van der Steege, de Veld & Zoon, 2020; Klaassen-Vermaat et al., 2015; Holwerda et al., 2014; Steketeet et al., 2015) bieden daarvan een overzicht.

Algemeen werkzame elementen

Algemeen werkzame elementen zijn de ingrediënten van de hulpverlening die bijdragen aan het resultaat, ongeacht de soort behandeling en doelgroep (Van Yperen et al., 2010). In de verschillende overzichten wordt benadrukt dat er een grote overlap is tussen algemeen werkzame factoren en kernelementen wanneer het om hulpverlening aan gezinnen met meervoudige en complexe problemen gaat. Het gaat daarbij om de volgende elementen.

- Aansluiten bij de motivatie van de gezinsleden
- Investeren in een goede werkrelatie met ouders/jeugdigen. In de meeste gevallen hebben deze gezinnen een lange - intergenerationele - geschiedenis met hulpverlening zonder blijvende resultaten, waardoor ze zich wantrouwend opstellen tegenover hulpverleners (Steketeet et al., 2015; Rots-De Vries, Van de Goor, Stronks & Garretsen, 2011). Hulpverleners dienen in de omgang met deze gezinnen dan ook nog zorgvuldiger te werk te gaan dan anders. Betrokkenheid, transparantie, duidelijkheid en een respectvolle en empowerende houding (waaronder via het bouwen aan een ontschuldigend verhaal) zijn van groot belang.
- Goede structurering van de interventie (duidelijke doelstelling, planning en fasering)
- Goede ‘match’ van de aanpak met het probleem en de hulpvraag (neem ouders serieus en stel hun hulpvragen en wensen centraal).
- Uitvoering van de interventie zoals deze uitgevoerd hoort te worden en monitoring van doelbereik en tevredenheid.
- Professionaliteit (goede opleiding en training) van de uitvoerder. Zeker bij gezinnen met meervoudige en complexe problemen is ondersteuning en deskundigheidsbevordering van de hulpverleners van zeer groot belang. Het werken met gezinnen met complexe problematiek kan

zwaar zijn en er moeten soms ingrijpende keuzes gemaakt worden. Het is dan belangrijk dat de hulpverlener kan reflecteren en zich gesteund voelt (Zoon et al., 2020).

2.2 In een quasi-experimentele studie naar mogelijk werkzame elementen bij gezinnen met meervoudige en complexe problemen vonden Visscher et al (2022) dat de effecten van interventies groter waren als er frequenter intervisie was voor de hulpverlener. Met name bij gezinnen waarin psychiatrische problemen speelden bij het kind of de ouder.

- Goede werkomstandigheden van de uitvoerder. Vanuit de aanbiedende organisatie betekent dit bijvoorbeeld het beschikbaar stellen van voldoende financiering, een lage caseload, goede ondersteuning en zorgdragen voor de veiligheid van de hulpverlener (Zoon et al., 2020).

De hierna beschreven structuur- en inhoudelijke elementen worden in verschillende (overzichts)studies genoemd als belangrijk bij gezinnen met meervoudige en complexe problemen (Zoon et al 2020; van der Steege, de Veld & Zoon, 2020; Klaassen-Vermaat et al., 2015; Holwerda et al., 2014).

Specifieke structuur- en contextuele elementen

- Er is een vaste hulpverlener die beschikbaar, outreachend en goed bereikbaar is.
- De hulp is intensief (meerdere keren per week contact + aanwezig zijn op tijden dat de problematiek zich voordoet) en langdurend, met wisselende intensiteit.
 - In hun quasi-experimentele studie naar mogelijk werkzame elementen vonden Visscher et al (2022) dat interventies effectiever was, als er frequenter telefonisch contact was tussen de bezoeken door. Met name bij gezinnen waarin psychiatrische problemen speelden bij het kind of de ouder.
- De hulp wordt in de leefomgeving van het gezin aangeboden, waar gezinsleden het geleerde direct in de praktijk kunnen brengen en bij de uitvoering ondersteund worden.
- Er is een goede samenwerking (ketenaanpak) tussen alle betrokken instellingen.
- Alle gezinsleden krijgen hulp.

Specifieke inhoudelijke elementen

- Er wordt een grondige analyse gedaan van de krachten en problemen in het gezin en van de ervaringen met eerdere hulp.
- De hulp is praktisch van aard (denk aan het oplossen van problemen rondom financiën, zelfzorg of huishoudelijke hulp, dagritme, onderhouden van contacten met instanties). Problemen in de basis, zoals schulden of huisvestingsproblemen, dienen eerst opgelost te worden voordat aan andere problemen (zoals opvoedproblemen) gewerkt kan worden.
- De hulp is gericht op oplossingen (er wordt gewerkt aan het gewenste gedrag, o.a. via het bieden van overzicht en inzicht, het werken met kleine stappen en haalbare doelen en het werken met beloningen).
- De hulp richt zich op het aanleren van (opvoed-)vaardigheden en gedrag door middel van effectieve technieken (zie voor technieken hierbij bijvoorbeeld de Keuzehulpdelen 'Opvoedvragen en –onzekerheid' en 'Onrustig, opstandig en agressief gedrag').
 - Hornyak et al (2023) onderzochten in een aparte studie welke interventie-elementen geassocieerd zijn met verbeterde uitkomsten bij de gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Zij vonden alleen een effect voor het oefenen van vaardigheden met gezinsleden. De kans dat opvoedstress verminderd werd was groter wanneer vaardigheden vaker werden geoefend met het gezin.

- De hulp heeft aandacht voor de bredere sociale omgeving van het gezin. Bij behoefte aan informele steun wordt geïnvesteerd in het activeren of uitbreiden van het sociale netwerk.
- Het professionele netwerk wordt geactiveerd (en blijft beschikbaar na afsluiting van de hulp) bij behoefte aan extra ondersteuning bij bijvoorbeeld de opvoeding.

In hun quasi-experimentele studie naar mogelijk werkzame elementen onderscheidde Visscher et al (2022) drie zorgprofielen, die varieerden in intensiteit en focus van hulpverlening: een ondersteunend/verkenkend profiel (lage intensiteit), een actiegericht profiel (hoge intensiteit) en een gecombineerd profiel (medium intensiteit). De resultaten van de studie laten zien dat de drie zorgprofielen even effectief zijn. Verschillen in de inhoud van zorg voor gezinnen met meervoudige en complexe problemen (intensiteit en focus) hadden dus geen invloed op de veranderingen in internaliserende- en externaliserende problemen, sociale contacten en opvoedingsbelasting.

Referenties

- Al, C.M.W., Stams, G.J.J.M., Bek, M.S., Damen, E.M., Asscher, J.J., & Laan, P.H. van der (2012). A meta-analysis of intensive family preservation programs: Placement prevention and improvement of family functioning. *Children and Youth Services Review*, 34, 1472-1479.
- Dagenais, C., Bégin, J., Bouchard, C., & Fortin, D. (2004). Impact of intensive family support programs: a synthesis of evaluation studies. *Children and Youth Services Review*, 26, 249-263.
- Evenboer, K. E., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. M. C. (2018). Improving care for multiproblem families: Context-specific effectiveness of interventions? *Children and Youth Services Review*, 88, 274-285.
- Holwerda, A., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. M. C. (2014). *De effectiviteit van hulpverlening aan multiprobleemgezinnen: Een overzicht*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Hornyák, F., Visscher, L., Delsing, M. J. M. H., Evenboer, K. E., Scholte, R. H. J., Reijneveld, S. A., & Jansen, D. E. M. C. (2023). Improving interventions for families with multiple problems: identifying elements that predict improvement. *Children and Youth Services Review*, 107274.
- Klaassen-Vermaat, M., Evenboer, K.E., Veerman, J.W., Scholte, R.H.J., Zoon, M., Knot-Dickscheit, J., Yperen, T.A., Jansen, D.E.M.C. & Reijneveld, S.A. (2015). *Rapportage consortium zware opvoedproblematiek en multiprobleemgezinnen – fase 1*. ZonMw/UMCG/Rijksuniversiteit Groningen/Radboud Universiteit/Praktikon/SEJN/NJI.
- Rots-De Vries, M. C., Goor, I. van de, Stronks, K., & Garretsen, H. (2011). Evaluation of an assertive outreach intervention for problem families: Intervention methods and early outcomes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(2), 211–219.
- Steketee, M., Jansma, A. & Gilsing, R. (2015). *Wat werkt bij multiprobleemgezinnen? Ervaringen uit Rotterdam*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- van Assen, A. A., Knot-Dickscheit, J. J., Post, W. W., & Grietens, H. H. (2020). Home-visiting interventions for families with complex and multiple problems: A systematic review and meta-analysis of out-of-home placement and child outcomes. *Children and Youth Services Review*, 114, 104994.
- Van der Steege, M., de Veld, D. & Zoon, M. (2020). *Richtlijn Gezinnen met meervoudige en complexe problemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Utrecht: NVO, BPSW en NIP.
- Van Yperen, Y., van der Steege, M., Addink, A. & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

- Veerman, J.W., Janssens, J. & Delicat, J.W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: Een meta-analyse. *Pedagogiek*, 25 (2), 176-196.
- Visscher, L., Reijneveld, S. A., Knot-Dickscheit, J., van Yperen, T. A., Scholte, R. H., Delsing, M. J., ... & Jansen, D. E. (2022). Toward tailored care for families with multiple problems: A quasi-experimental study on effective elements of care. *Family process*, 61(2), 571-590.
- Visscher, L. (2022). *Elements that determine the effectiveness of interventions for families with multiple problems: towards more tailored care*. [Thesis fully internal (DIV), University of Groningen]. University of Groningen.
- Zoon, M., Rooijen, K. van & Berg-LeClercq (2020). *Wat werkt in de hulp aan gezinnen met meervoudige en complexe problemen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut

Focusgroepen met jongeren, ouders en professionals

Tussen april 2022 en april 2023 organiseerden we zes focusgroepen met jongeren, vier met ouders en drie met professionals. De focusgroepen hadden tot doel:

- Het laten aansluiten van de toon van de keuzehulp bij de behoeften van jongeren, ouders en professionals door hen om feedback te vragen op vanuit eerdere focusgroepen geformuleerde aandachtspunten.
- Het raadplegen van jongeren en ouders op wensen rondom bejegening en volgorde en manier waarop onderwerpen aan bod komen.
- Feedback vragen aan jongeren en ouders op de geformuleerde vuistregels per specifiek onderwerp van de keuzehulp.
- Feedback vragen aan professionals rondom de werkbaarheid van de keuzehulp.

Focusgroepen met jongeren

Via ExpEex werden vijf jongeren geworven voor deelname aan de focusgroepen. Eén jongere gaf voor aanvang van de eerste focusgroep aan toch niet deel te kunnen nemen door agendaconflicten. Eén andere jongere was zonder afmelding aanwezig bij de eerste twee bijeenkomsten en is daarna in overleg met de focusgroep gestopt. Eén van de drie resterende jongeren vroeg voor aanvang van de eerste focusgroep of een net startende ExPex-collega mocht aanhaken bij de groep. Hierdoor bestond de eerste focusgroep uiteindelijk uit vier deelnemers (2 mannen, 2 vrouwen). Drie van de deelnemers hadden zelf ervaring met jeugdhulp, één deelnemer had zelf nooit jeugdhulp gehad.

De bijeenkomsten vonden plaats in de regio Utrecht. De deelnemers gaven de voorkeur aan live bijeenkomsten, maar konden door agendaconflicten soms niet allemaal live aanwezig zijn. In die gevallen haakte een deelnemer digitaal aan bij de live bijeenkomst.

In totaal waren er zes bijeenkomsten met jongeren, in de periode april 2022 tot en met januari 2023. Eén jongere was elke bijeenkomst (live of digitaal) aanwezig. Eén jongere haakte door familieomstandigheden na twee bijeenkomsten af. Eén jongere was eenmalig afwezig en de laatste jongere kon twee keer niet komen. Elke bijeenkomst waren er minstens twee jongeren aanwezig.

Focusgroepen met ouders

Via Netwerk Beter Samen werden vijf ouders geworven voor deelname aan de focusgroepen. Eén ouder kon door omstandigheden niet aanwezig zijn bij de eerste twee bijeenkomsten en is daarna in overleg met de focusgroepen gestopt. Eén andere ouder stond na de eerste bijeenkomst haar plaats in de focusgroep af aan een ander. Hierdoor bestonden alle focusgroepen uiteindelijk uit vier deelnemers (4 vrouwen). Alle ouders hadden één of meerdere kinderen die wel eens jeugdhulp hadden gekregen.

De bijeenkomsten vonden plaats in de regio Utrecht. De deelnemers gaven de voorkeur aan live bijeenkomsten en dit lukte ook voor iedereen.

In totaal waren er vier bijeenkomsten met ouders, in de periode mei tot en met augustus 2022.

Focusgroepen met professionals

Via het netwerk van één van de auteurs werden vijf professionals uit één organisatie geworven voor deelname aan de focusgroepen. Tijdens de eerste focusgroep werkten alle deelnemers als ambulante werker of gedragswetenschapper bij een eerstelijnsvoorziening. Eén deelnemer veranderde na de eerste focusgroep van baan, maar bleef nog wel deelnemen aan de focusgroepen. Alle professionals waren bij alle bijeenkomsten aanwezig. De bijeenkomsten vonden plaats in de regio Utrecht.

In totaal waren er drie bijeenkomsten met professionals, in de periode januari tot en met maart 2023. De focusgroepen met professionals waren met name gericht op het werkbaar maken van de keuzehulp. De werkwijze werd uitgelegd en met de groep werd gereflecteerd op de verschillen en overeenkomsten met hoe het werk nu werd uitgevoerd. Ook was er aandacht voor de inhoud van de gesprekskaarten, de informatie in het hoofdstuk over de zeven kernelementen van basiszorg en de overgang van het generieke naar het specifieke deel van de keuzehulp. Tussen de bijeenkomsten door gingen verschillende professionals aan de slag met het uitproberen van de werkwijze zoals beschreven in de keuzehulp.

Van november 2023 tot en met maart 2024 hebben daarnaast 30 professionals deelgenomen aan een effectonderzoek naar de kwaliteit van samen beslissen zonder en met de Keuzehulp. Hiertoe bespraken de deelnemende professionals twee vooraf door ons opgestelde casussen met acteurs die de ouder in deze cases speelden. De eerste casus bespraken zij spontaan, zoals zij dit in hun functie gewend zijn. Voorafgaand aan de tweede casus namen de professionals deel aan een stoomcursus Keuzehulp van een dagdeel. Daarna bespraken zij de tweede casus met behulp van de Keuzehulp. De kwantitatieve gegevens van dit onderzoek worden momenteel geanalyseerd. De – enthousiaste – suggesties van de professionals over de keuzehulp en over het gebruik van de keuzehulp na afloop van het onderzoek zijn inmiddels verwerkt in de Keuzehulp.

Verwerking van de feedback

Na afloop van de focusgroepen is alle feedback van jongeren en ouders gebundeld in één grote tabel met opbrengsten. Voor de professionals werd gewerkt met kortere verslagen. Op basis van de tabel en verslagen zijn wijzigingen aangebracht in de teksten van de keuzehulp handleiding en aanvullende materialen. Na afloop van de focusgroepen zijn alle gewijzigde teksten nogmaals voorgelegd aan de betreffende focusgroepleden. Hieruit kwamen geen grote wijzigingen meer.

Consortia Effectiviteit psychosociale interventies Jeugd en Leden Klankbordgroep

Alle “Consortia Effectiviteit psychosociale interventies Jeugd” uit het ZonMW-programma Effectief Werken in de Jeugdsector leverden schriftelijk en in gesprekken informatie over kernelementen en interventies voor de Keuzehulp Jeugd en Gezin:

1. (on)Veiligheid en Kindermishandeling
2. ADHD en Druk Gedrag (PAINT)
3. Angst en Depressie
4. Externaliserend Probleemgedrag (ExtrAct)
5. Gezinnen met Multipelen Problemen en Zware Opvoedproblemen
6. Opvoedonzekerheid en Lichte Opvoedproblemen (CIKEO)
7. Sociale Vaardigheden

Voor het onderwerp “Moeite met sociale of onverwachte situaties of prikkels” bestond geen consortium binnen het ZonMW-programma. Daarom is op dit gebied zelf een literatuurinventarisatie door ons gedaan en is deze geïnterpreteerd en naar de Keuzehulp Jeugd en Gezin vertaald in afstemming met prof.dr. Wouter Staal, hoogleraar klinische kinder- en jeugdpsychiatrie (RadboudUMC/Karakter) en bijzonder hoogleraar autisme (Universiteit Leiden) en prof. dr. Sander Begeer, hoogleraar Diversiteit en Autisme aan de Vrije Universiteit van Amsterdam en mede initiatiefnemer van het Nederlands Autisme Register (NAR).

De vertaling van deze informatie van de consortia naar de Keuzehulp Jeugd en Gezin is de verantwoordelijkheid van de auteurs van de keuzehulp.

De keuzehulp werd (half)jaarlijks bijgestaan door een klankbordgroep, met als taken onafhankelijk gevraagd en ongevraagd advies te geven en de voortgang te monitoren.

Deze klankbordgroep bestond uit:

- Inge Bastiaanssen (vz) Nederlands Jeugdinstituut
- Cecile Winkelman Families Foundation / tot 2023 Ouder Kind Teams Amsterdam
- Cora Bartelink HHS
- Germie van den Berg Nederlands Jeugdinstituut
- Herma Ooms Nederlands Jeugdinstituut
- Janneke Metselaar Hogeschool Stenden
- Leonieke Boendermaker Hogeschool van Amsterdam
- Marieke Serra Accare
- Nicole Oomen Stichting Jeugdteams Zuid-Holland Zuid
- Patricia Meerkerk Stichting Jeugdteams Zuid-Holland Zuid
- Peter Dijkshoorn Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG)
- Wilma Jansen Gemeente Rotterdam