Nederlands Jeugdinstituut

Interventie

Samen Stevig Staan

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 4 april 2025
Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Orobio de Castro, Schuiringa (7 mei 2025). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Samen Stevig Staan'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Samenvatting 4
Doel..... 4
Doelgroep..... 4
Aanpak 4
Materiaal 4
Onderzoek 4

1. Uitgebreide beschrijving 5
1.1 Doelgroep..... 5
1.2 Doel..... 6
1.3 Aanpak 6

2. Uitvoering 9

3. Onderbouwing..... 12

4. Onderzoek 17
4.1 Onderzoek naar de uitvoering 17
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten 19

5. Samenvatting Werkzame elementen 22

6. Aangehaalde literatuur..... 23

Samenvatting

Samen Stevig Staan verminderd gedragsproblemen van jeugdigen van 9 tot 16 jaar met een licht verstandelijke beperking, door zowel de ouder-kind relatie en opvoedingsvaardigheden van ouders als de oplossingsvaardigheden van de jeugdigen in sociale situaties te verbeteren.
Samen Stevig Staan bestaat uit tien ouderbijeenkomsten over opvoeding en twaalf kinderbijeenkomsten waarin met (rollen)spel wordt geoefend met het leren kennen van gevoelens, en op een constructieve manier omgaan met boosheid en sociale problemen of lastige situaties.
In een draaiboek en in een werkboek zijn de opzet, inhoud en activiteiten van de trainingsbijeenkomsten vastgelegd. Trainers worden opgeleid in het gebruik van deze materialen en nemen deel aan intervisie bijeenkomsten.
Uit een cluster-gerandomiseerd onderzoek is gebleken dat deelname aan Samen Stevig Staan zorgt voor een afname van gedragsproblemen van jeugdigen, een toename van positief opvoeden door de ouders en een verbetering van de ouder-kind relatie, vergeleken met een controle- groep.

Doel

Het doel van Samen Stevig Staan is het verminderen van gedragsproblemen van jeugdigen met een licht verstandelijke beperking, door zowel opvoedingsvaardigheden van ouders als de oplossingsvaardigheden van de jeugdigen in sociale situaties te verbeteren.

Doelgroep

Jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen in de leeftijd van negen tot zestien jaar en hun ouders.

Aanpak

Samen Stevig Staan bestaat uit twee kerncomponenten: een oudertraining en een kindtraining, die beide in groepsverband worden gegeven.
De oudertraining bestaat uit tien bijeenkomsten waarin ouders oefenen met het creëren van voorwaarden als luisteren, complimenten geven, belonen en grenzen stellen, zodat hun kind beter sociaal kan leren.
In de twaalf bijeenkomsten van de kindtraining wordt door middel van (rollen)spel geoefend met het leren kennen van gevoelens, op een constructieve manier omgaan met boosheid en sociale problemen of lastige situaties.

Materiaal

In een draaiboek en in een werkboek zijn de opzet, inhoud en activiteiten van de trainingsbijeenkomsten vastgelegd. Trainers worden opgeleid in het gebruik van deze materialen en nemen deel aan intervisie bijeenkomsten.

Onderzoek

Uit een cluster-gerandomiseerd onderzoek (Schuiringa e.a., 2016) is gebleken dat deelname aan Samen Stevig Staan zorgt voor een afname van externaliserende gedragsproblemen van jeugdigen, een toename van positief opvoeden door de ouders en een verbetering van de ouder-kind relatie, vergeleken met de deelnemers in de controle-groep. Deze effecten waren groter naarmate de interventie intensiever werd uitgevoerd (Schuiringa e.a., 2016).

Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Samen Stevig Staan is bestemd voor jeugdigen in de leeftijd van negen tot zestien jaar en hun ouders. Bij de jeugdigen is sprake van een licht verstandelijke beperking (IQ tussen de 50 en de 85 en een beperkt sociaal aanpassingsvermogen) en gedragsproblemen (een score boven het 90e percentiel op de 'agressie en regelovertredend gedrag' schalen van de CBCL).
De jeugdigen ontvangen dagbehandeling, ambulante zorg of speciaal onderwijs vanwege hun gecombineerde problematiek en wonen thuis bij hun ouders of verzorgers.

Intermediaire doelgroep

De ouders van deze jongeren zijn intermediaire doelgroep voor het verminderen van gedragsproblemen bij de jongeren.

Selectie van doelgroepen

'Samen Stevig staan' richt zich op jeugdigen met een gecombineerde problematiek van gedragsproblemen én een licht verstandelijke beperking. Jeugdigen met een licht verstandelijk beperking hebben een IQ tussen de 50 en 85 en beperkingen in het sociaal aanpassingsvermogen. Onder gedragsproblemen wordt een patroon verstaan van dwars en opstandig gedrag, boosheid en driftbuien, fysiek agressief gedrag, stelen, en gebruik en misbruik van alcohol en drugs.

Indicatiecriteria:
• De jeugdigen zijn tussen de 9 en 16 jaar oud.
• De jeugdigen hebben een IQ tussen de 50 en de 85
• De jeugdigen scoren op de selectiemeting boven het 90e percentiel op de 'agressie en regelovertredend gedrag' schalen van de CBCL.
• De jeugdigen ontvangen dagbehandeling, ambulante zorg of speciaal onderwijs vanwege hun gecombineerde problematiek en wonen thuis bij hun ouders of verzorgers.
• Zowel ouders als kinderen beheersen de Nederlandse taal voldoende; zij spreken en begrijpen van de Nederlandse taal. Kunnen lezen en schrijven is geen vereiste.

Contra-indicatiecriteria:
• Autismespectrumstoornissen bij jeugdige
• Actieve psychoses bij ouder of jeugdige
• Ernstige hoor of zicht problemen die het volgen van de training te sterk belemmeren, bij zowel ouders als kinderen.

Deelnemers worden aangemeld door een verwijzer, die in overleg met de ouder(s) en trainers de indicatiecriteria en contra-indicaties doorneemt. Wanneer het voor ouders moeilijk is de CBCL schaal zelfstandig te lezen en in te vullen wordt dit ter plekke mondeling met de trainer gedaan in interview vorm.

Betrokkenheid doelgroep

Samen Stevig Staan is onder andere gebaseerd op elementen uit de erkende interventies Minder Boos en Opstandig en Incredible Years. Bij het ontwikkelen van Samen Stevig Staan zijn steeds door de ontwikkelaars samen met kinderen en ouders oefeningen en elementen uitgeprobeerd en op basis van hun feedback aangepast. Dit geldt van

fundamentele onderdelen (aandacht voor groepsproces in kindgroepen; aandacht voor acceptatie van LVB in oudergroepen) tot schijnbare details (precieze vormgeving van plaatjes en voorbeelden).

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel is een vermindering van gedragsproblemen van jeugdigen met een licht verstandelijke beperking. Het bereiken van dit hoofddoel wordt vastgesteld door een gezamenlijke evaluatie van jeugdige, ouders en professional op basis van ieder van hun beoordelingen en een leerkrachtbeoordeling op een eindmeting met de 'agressie' en 'regelovertredend gedrag' schalen van de CBCL (ouders en professional), TRF (leerkracht) en jongere zelf (YSR).

Subdoelen

Het hoofddoel wordt bereikt middels twee subdoelen:
(a) ouders zijn toegerust met de positieve opvoedingsvaardigheden (waaronder betrokkenheid, structureren, monitoring, belonen en positieve discipline, en zelfzorg als ouder) om daarmee de ouder-kind relatie te verbeteren, gewenst gedrag toe te laten nemen en ongewenst gedrag af te laten nemen bij hun kinderen met een licht verstandelijke beperking.
(b) de sociale probleemoplossingsvaardigheden van kinderen met een licht verstandelijke beperking in sociale situaties zijn verbeterd.

Het bereiken van subdoel (a) wordt gezamenlijk geëvalueerd op basis van een Nederlandse vertaling van de 'Alabama Parenting Questionnaire'. Het bereiken van subdoel (b) wordt geëvalueerd met de Sociale Informatie Verwerkings Test (SIVT).

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Samen Stevig Staan bestaat uit twee kerncomponenten: een kindtraining en een oudertraining. Beide trainingen worden in groepsverband gegeven. De groepen bestaan uit gemiddeld vijf kinderen en hun ouders. De opzet, inhoud en activiteiten van de trainingsbijeenkomst zijn in een draaiboek en werkboek vastgelegd.
De oudertraining bestaat uit 10 bijeenkomsten van anderhalf uur die tweewekelijks plaatsvinden gedurende een periode van 19 weken. De eerste drie bijeenkomsten vinden plaats voorafgaand aan de start van de kindtraining. De laatste twee bijeenkomsten van de oudertraining vinden na afronding van de kindtraining plaats.
De kindtraining bestaat uit 12 bijeenkomsten die wekelijks plaatsvinden. De bijenkomsten duren een uur en een kwartier.
Vooralsnog wordt Samen Stevig Staan toegepast bij kinderen die deelnemen aan ambulante behandeling of dagbehandeling in een behandelsetting voor kinderen met een licht verstandelijke beperking. De trainingsbijeenkomsten vinden plaats in een afzonderlijke groepsruimte op de behandelsetting of school.

Inhoud van de interventie

Oudertraining

De oudertraining is primair gericht op het aanleren van opvoedingsvaardigheden. Eerst leren ouders hoe zij de voorwaarden kunnen creëren die nodig zijn om te zorgen dat een kind gaat luisteren. Zij oefenen onder andere met voorspelbaarheid, (huis)regels opstellen en instructies geven. Daarnaast oefenen ouders met het bekrachtigen van

gewenst gedrag door complimenten te geven en te belonen. Vervolgens worden vaardigheden getraind in het grenzen stellen zoals niet-reageren, time-out en logische gevolgen van ongewenst gedrag. Tot slot leren ouders hoe zij hulp kunnen vragen en voor zichzelf kunnen zorgen.

Elke sessie bestaat uit een terugblik op de vorige keer, bespreking van huiswerkopdrachten, bespreking van een specifiek thema (middels eigen input van ouders, theorie, modelleren via video, bespreking van ervaringen, rollenspel), bespreking van de nieuwe huiswerkopdracht van de sessie en een samenvatting.

Overzicht van de thema's per bijeenkomst:
1. Kennismaking en psychoeducatie over positief opvoeden en omgang met een LVB
2. Aanbrengen van structuur en zorgdragen voor duidelijke regels
3. Instructies geven
4. Complimenten geven
5. Werken met beloningssystemen
6. Niet reageren op ongewenst gedrag
7. Grenzen stellen door time out
8. Straffen en hoe dat zelden nodig is
9. Helpende gedachtes
10 Steun zoeken en eigen batterij opgeladen houden

Bij ieder thema wordt eerst het thema geïntroduceerd met een videofragment en worden eigen ideeën en ervaringen over dit thema geïnventariseerd en besproken. Daarna wordt aan de hand van een plaatje kort besproken wat over dit thema handig is om te weten. Vervolgens wordt aan de hand van videofragmenten besproken en in rollenspelen geoefend met gedrag, worden ervaringen hiermee besproken en wordt op basis van deze gedeelde ervaringen geoefend met alternatief/handiger gedrag. Tot slot wordt samengevat wat de deelnemers in de sessie ontdekt en gedaan hebben. Ouders met ASS of ouders met een licht verstandelijke beperking kunnen deelnemen aan de oudertraining. De oudertraining is ontwikkeld voor ouders van kinderen met een licht verstandelijke beperking, daarbij rekening houdend met de mogelijke kenmerken en licht verstandelijke beperking van ouders zelf. De behandelaren zijn thuis in de zorg voor deze doelgroepen, ook als het gaat om ouderbegeleiding. Het vergt dus geen extra aanpassingen aan de interventie als er ouders deelnemen met een licht verstandelijke beperking of kenmerken van ASS.

Kindtraining
In de kindtraining wordt aandacht besteed aan het leren herkennen van gevoelens, in het bijzonder gevoelens van boosheid. Ook leren de kinderen op een constructieve manier met deze gevoelens van boosheid om te gaan en leren zij vaardigheden om sociale problemen of lastige situaties op een adequate manier op te lossen.
In de kindtraining wordt hiertoe gebruik gemaakt van verschillende spellen zoals een luisterspel, omtrek maken van jezelf, memory spel met helpende gedachten en van rollenspel (met video opnamen). Ter ondersteuning voor het probleemoplossen worden in de training metaforen gebruikt: drie voetballers die staan voor driftig, bangig en stevig gedrag. De karakters van de drie voetballers helpen de kinderen te ontdekken welke goede en minder goede oplossingen gekozen kunnen worden in lastige situaties. Plaatjes van de drie voetbalspelers worden in de hele training gebruikt en krijgen ook een plek in de behandelgroep en op school. Daarnaast wordt een individueel beloningssysteem

toegepast met behulp van een voetbalscore kaart.
Ook bij de kindtraining volgen de bijeenkomsten steeds hetzelfde patroon: terugblik op de vorige bijeenkomst, bespreking van de thuisopdracht, bespreking van het thema van de week, 'een spel' spelen met de hele groep, bespreking van de nieuwe thuisopdracht, sluiting van de bijeenkomst en individuele beloningen geven.

Overzicht van bijeenkomsten in de kindtraining:
1. Kennismaken
2. Let-Op-Punten in de omgang met anderen
3. Iedereen is uniek: 'Wie ben ik en wat kan ik goed?'
4. Helpende en niet-helpende gedachten
5. Herkennen van gevoelens
6. Gevoelens van boosheid
7. Tijdig kunnen stoppen bij boosheid
8. Een probleem oplossen (via Stop-Denk-Doe methode)
9. Omgaan met pesten
10. Samenwerken
11. Onder druk gezet worden
12. Afsluiten

De leeftijd in de groep kan variëren van 9 t/m 16 jaar oud. Afhankelijk van de leeftijd van de groep kunnen verschillende voorbeelden worden gebruikt door de trainers. Ook brengen jeugdigen regelmatig hun eigen voorbeelden mee in de oefeningen waardoor het daar op aansluit. De materialen en inhoud van de training zijn afgestemd op de genoemde leeftijdsrange. De ervaring in de praktijk laat zien dat trainers makkelijk aansluiten bij de belevingswereld van de deelnemende jeugdigen en hun niveau, omdat ze thuis zijn in het werken met deze leeftijdsgroepen.
Het is belangrijk dat ernaar gestreefd wordt dat alle sessies van Samen Stevig Staan worden gevolgd. Het aantal sessies is beperkt gegeven het langzame leren van de doelgroep. Er is dus geen sprake van een minimum aantal sessies of specifieke onderdelen die uitgevoerd moeten worden om de doelen te behalen, omdat het streven steeds alle sessies is.

2. Uitvoering

Materialen

Samen Stevig Staan is beschreven in een draaiboek en een werkboek. In het draaiboek worden per bijeenkomst de opzet, inhoud en activiteiten gedetailleerd beschreven voor zowel de oudertraining als de kindtraining Het werkboek bevat het tijdspad, en bij de trainingsbijeenkomst behorende formulieren, opdrachten en samenvattingen.

Samen Stevig Staan Deel 1: Draaiboek (C. van 't Hof, M. Eikelenboom, W. Matthys, M. van Nieuwenhuijzen, B. Orobio de Castro, 2009)
Samen Stevig Staan Deel 2: Werkboek (C. van 't Hof, M. Eikelenboom, W. Matthys, M. van Nieuwenhuijzen, B. Orobio de Castro, 2009).

Locatie en type organisatie

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

Opleiding en competenties van de uitvoerders

De training Samen Stevig Staan wordt gegeven door eigen medewerkers van de instelling (OBC, GGZ of speciaal onderwijs) waar de training wordt gegeven:

- een therapeut (kindtraining),
- een maatschappelijk werker (oudertraining)
- een groepsleider of IB-er (co therapeut kind- en oudertraining). De co therapeut geeft zowel de oudertraining als de kindtraining, en zorgt voor de transfer tussen de ouder en kindbijeenkomsten.

Daarnaast heeft de gedragsdeskundige of IB-er een rol in de bevordering van de transfer van de training naar de behandelgroep en/of klas.

Eisen aan de trainers:

- Ervaring met het werken met groepen
- Ervaring met het werken met de LVB doelgroep (ofwel met ouders voor de oudertrainer ofwel met kinderen voor de kindtrainer)
- Theoretische kennis over de ontwikkeling van kinderen en de LVB-problematiek op HBO/WO niveau, blijkend uit een diploma op één van deze niveaus in een relevante discipline
- Gecertificeerd Samen Stevig Staan trainer

Het opleidingstraject voor Samen Stevig Staan trainers ziet er als volgt uit:

- Een workshop van een dag (train-de-trainer), door de opleiders en eventueel onderzoekers. De opleiders zijn een ervaren kindtrainer en ervaren oudertrainer die gecertificeerd zijn als trainer voor de 'train de trainer workshops'.
- Intervisiebijeenkomsten gedurende de trainingsperiode. Tenminste 2 van de 3 intervisie bijeenkomsten worden door de trainers bijgewoond, geleid door de opleiders (voor afwezigheid bij 1 van de bijeenkomsten wordt goede reden gegeven).
- Het geven van een volledige training Samen Stevig Staan als co- of hoofdtrainer.

Als hieraan wordt voldaan is de trainer gecertificeerd Samen Stevig Staan trainer.

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit wordt bewaakt door documentatie over de uitvoering van de training te verzamelen, waarop trainers invullen in hoeverre het is gelukt de training uit te voeren volgens protocol en welke moeilijkheden zij tegenkwamen gedurende het uitvoeren van de training. Daarnaast vinden er verplichte intervisiebijeenkomsten plaats met de opleiders om lastige situaties te bespreken.

Door middel van hercertificering eens in de vijf jaar wordt de kwaliteit ook na het behalen van het certificaat bewaakt. Hercertificering vindt plaats op basis van deelname en inbreng van kwaliteitsgegevens over de gegeven groepen in de doorgaande intervisie om feedback te blijven krijgen op het functioneren (in de vorm van een jaarlijkse intervisie).

In onderzoek is de kwaliteit van uitvoering en de effecten daarvan nagegaan (zie bij § onderzoek). Kwaliteit van uitvoering bleek hoog, en zij bleek significant samen te hangen met de mate van vooruitgang bij cliënten en hun gezinnen.

Randvoorwaarden

De training kan gegeven worden vanuit een erkende organisatie voor dagbehandeling van psychosociale problemen bij kinderen en jongeren met een Licht Verstandelijke Beperking of een daarmee samenwerkende school voor speciaal onderwijs. In praktijk is dit tot nu toe steeds een Orthopedagogisch Behandel Centrum.
Deze organisatie dient hiertoe gekwalificeerde medewerkers op te leiden (zie boven) en in gelegenheid te stellen om deel te nemen aan de verplichte intervisie en deskundigheidsbevordering (zie boven). Daarnaast is het belangrijk voldoende directe en indirecte tijd voor de trainers (en voor afstemming tussen de trainers) beschikbaar te stellen, alsmede deelnemende kinderen hiervoor voldoende tijd en dagindeling te bieden. Voor zowel de ouder- als de kindtraining is een rustige ruimte met ruimte voor rollenspelen en audiovisuele apparatuur noodzakelijk.
Het verdient aanbeveling om ouders praktisch te faciliteren in deelname aan de groepen, bijvoorbeeld door het regelen van nabije locaties, vervoer, evt. oppas voor kinderen en desgewenst het verzorgen van oudergroepen in de avonduren.

Implementatie

De Train-de-Trainer en de verplichte intervisiebijeenkomsten worden aangeboden vanuit de William Schrikker Groep (WSG). WSG beheert ook de database van gecertificeerde trainers en de data over kwaliteit van uitvoering.

Deze werkwijze wordt tenminste jaarlijks geëvalueerd door een stuurgroep bestaande uit de WSG, de ontwikkelaars en de onafhankelijke onderzoekers. Zie ook bij ‘evaluatie van de uitvoering’.

Kosten

De kosten voor de interventie voor uitvoerende instellingen bestaan voornamelijk uit de tijdsinvestering van medewerkers.

De tijdsinvestering per medewerker wordt als volgt geschat:
Kindtrainer, oudertrainer en co-trainer elk:
• Deelname workshop en voorbereiding: 6 uur

• Trainingsbijeenkomsten en voorbereiding: 6 uur per week gedurende 5 maanden
• Bijwonen intervisie: 6 uur per jaar
• Motiveren ouders en organiseren informatieavond voor ouders en leerkrachten: 10 uur
Dit is in totaal voor een groep kinderen met een parallelle groep ouders:
6u voorbereiding + (3 trainers x 6u x 4 weken x 5 maanden) + 6 + 10 = 382 uur.
Bij deelname van 10 gezinnen is dit 38 uur per gezin.

Gedragsdeskundige/ Behandelcoördinator:
• Ondersteuning trainers en transfer naar de groep, motiveren ouders, organiseren informatiebijeenkomsten: 2 uur per week, oftewel 40 uur per groep, 4 uur per gezin in een groep met 10 gezinnen.

Deze kosten in uren zijn moeilijk te vertalen naar kosten in Euro's, doordat de kosten per uur sterk verschillen tussen professionals in bijvoorbeeld de GGZ, OBC's en (speciaal) onderwijs.

3. Onderbouwing

Probleem

Bij kinderen en adolescenten met licht verstandelijke beperkingen komen gedragsproblemen en -stoornissen vaker voor dan bij hun leeftijdgenoten met een gemiddelde intelligentie (Dekker & Koot, 2003). Jeugdigen met een licht verstandelijk beperking hebben een IQ tussen de 50 en 85 en beperkingen in het sociaal aanpassingsvermogen. Bij kinderen en adolescenten met licht verstandelijke beperkingen (LVB) komen gedragsproblemen en -stoornissen vaak voor, namelijk bij één op de vier. Dit is vaker dan bij hun leeftijdgenoten met een gemiddelde intelligentie (Dekker & Koot, 2003; Simó-Pinatella et al., 2019).
Onder gedragsproblemen wordt een patroon verstaan van dwars en opstandig gedrag, boosheid en driftbuien, fysiek agressief gedrag, stelen, en evt. gebruik en misbruik van alcohol en drugs. Kinderen en adolescenten met gedragsproblemen worden in hun ontwikkeling ernstig bedreigd. Het risico op onder andere delinquentie, verslaving, depressie en een geringe participatie in de maatschappij is voor deze jeugdigen groot (Matthys & Lochman, 2017).
Daarnaast is vaak sprake van bijkomende problematiek zoals leerproblemen, medisch-organische (lichamelijke) problemen en/of problemen in het gezin en sociale omstandigheden.

Tijdige vermindering van gedragsproblemen bij deze jeugdigen is des te belangrijker, omdat de prognose voor jeugdigen met de combinatie van LVB en gedragsproblemen niet gunstig is, en behandeling steeds moeilijker lijkt te worden naarmate zij verder vastlopen in hun sociale ontwikkeling en maatschappelijke participatie. Zo maken deze jeugdigen een onevenredig deel uit van (jong)volwassenen in detentie, uitkeringssituaties en (geestelijke) gezondheidszorg (Matthys & Lochman, 2017; van Duijvenbode & VanDerNagel, 2019).

Voor kinderen met een LVB en gedragsproblemen is de overgang van kindertijd naar adolescentie hierbij cruciaal. Deze kinderen zijn – nog meer dan andere kinderen – gevoelig voor sociale beïnvloeding (ten goede en ten kwade) door leeftijdgenoten en maatschappelijke invloeden (zoals buurtgenoten, social media, influencers) die een steeds grotere rol gaat spelen in de adolescentie en bij de overgang van een overzichtelijke 'kinderwereld' naar voortgezet (speciaal) onderwijs. Daarnaast hebben deze kinderen een groter risico op schooluitval in het voortgezet onderwijs. De overgang van kindertijd naar adolescentie is om deze redenen een sleutelperiode waarin deze kinderen op een kruispunt staan tussen aan de ene kant een sociale en maatschappelijke kring van steunende ouders en vrienden en het gemotiveerd volgen van onderwijs of aan de andere kant verzeild raken in een sociale kring van afwijzing, conflicten en verleidingen voor beginnende criminaliteit en schooluitval. Positieve opvoeding door ouders en sociale probleemoplossingsvaardigheden van kinderen zelf kunnen hierin de doorslag geven.

Oorzaken

De oorzaken voor zowel een licht verstandelijke beperking als gedragsproblemen kunnen sterk tussen jongeren verschillen. In grote lijnen lijkt echter wel steeds sprake van een wisselwerking tussen enerzijds (neuro)psychologische kwetsbaarheden bij deze jeugdigen en anderzijds een omgeving die (ongewild!) door haar reactie op deze

kwetsbaarheden de ontwikkeling van deze kwetsbare jeugdigen ongunstig beïnvloedt (zie De Castro & van Dijk, 2017, voor een overzicht).
Belangrijke kwetsbaarheden bij jeugdigen met LVB zijn zwakkere executieve functies, die het adaptief verwerken van sociale informatie kunnen bemoeilijken, met name in stressvolle situaties (bijv. Schuiringa e.a., 2017; van Nieuwenhuijzen e.a., 2017).
Belangrijke omgevingsinvloeden op de ontwikkeling van gedragsproblemen bij kinderen met LVB liggen binnen het gezin. Binnen deze gezinnen bestaat veelal verhoogde stress en een verhoogde kans op psychische kwetsbaarheden bij 1 of meer gezinsleden (Wallander e.a., 2006). Hier kan een zogenaamde dynamiek van dwingende gezinsinteracties ontstaan (formulering Patterson, 1982), waarbij ouders minder adequaat opvoeden en zo (ongewild) probleemgedrag bij hun kinderen oproepen of in stand houden. Dit probleemgedrag maakt het op haar beurt moeilijker voor ouders een goede band met hun kind op te bouwen, waar door zij meer opvoedingsstress ervaren en (nog) meer moeite krijgen adequaat te reageren (Schuiringa e.a., 2015). Deze gezinsproblemen hangen op hun beurt samen met bovengenoemde problemen in sociale informatieverwerking (Schuiringa e.a., 2012).
Dergelijke problematische sociale interacties ontstaan bij jeugdigen met LVB en gedragsproblemen ook vaak in relaties met leeftijdgenoten en in behandelsettings (Knotter e.a., 2013). Bij sommige ouders van kinderen met LVB is ook sprake van een lager cognitief functioneren, waardoor ze onvoldoende begrip hebben over de ontwikkeling van hun kind en mogelijke problemen die hun kind met LVB ervaart (De Beer, 2012).
In dit samenspel van factoren zitten jeugdigen met LVB en gedragsproblemen vaak knel: Door hun gecompliceerde sociale omgevingen hebben zij grote behoefte aan sterke sociale (informatieverwerkings)vaardigheden, terwijl zij hierin juist zwakker zijn dan leeftijdgenoten. Tegelijkertijd ervaren veel ouders van deze jeugdigen eenzelfde knel: Door de kwetsbaarheden en het gedrag van hun kind hebben zij behoefte aan bovengemiddeld sterke opvoedingsvaardigheden, terwijl zij hier gemiddeld genomen juist (nog) minder sterk in zijn ontwikkeld.

Gelukkig biedt dit perspectief op de causale en de instandhoudende factoren voor gedragsproblemen van LVB-kinderen en jeugdigen aanknopingspunten voor de ontwikkeling van effectieve interventies. Dit geldt met name voor sociale informatieverwerking bij deze jeugdigen en voor problematische ouder-kind relaties in hun gezinnen:
Studies naar effectieve interventies voor niet-LVB jeugdigen met gedragsproblemen hebben aangetoond dat de gedragsproblemen voor deze jeugdigen kunnen worden verminderd door de atypische sociale informatieverwerkingspatronen te beïnvloeden. Deze studies hebben goed uitgewerkte procedures opgeleverd om dit te doen bij kinderen met ernstige gedragsproblemen of -stoornissen met een gemiddelde intelligentie (Lochman & Wells, 2003, 2004; Menting e.a., 2013; Van de Wiel et al, 2003a; Van de Wiel, et al 2003b).

Aan te pakken factoren

Samen Stevig Staan richt zich op bovengenoemde factoren op gezinsgebied en bij jeugdigen zelf.

Op gezinsgebied bepalen (mediëren) concrete positieve opvoedingsvaardigheden van ouders de relaties tussen risicofactoren bij ouders (psychische kwetsbaarheden, stress, beperkt sociaal netwerk) en gedragsprobleem bij hun kinderen. Door

opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken kan voorkomen worden dat de risico's waaraan gezinnen blootstaan zich direct vertalen in gedragsproblemen bij de kinderen, en kunnen ouders een belangrijke bron van steun bij de sociale ontwikkeling van hun kinderen zijn. Samen Stevig Staan zet daarom intensief in op het versterken van positieve opvoedingsvaardigheden bij ouders, met bijzondere aandacht voor de extra uitdagingen die het opvoeden van een kind met LVB en gedragsproblemen met zich mee kan brengen. Daarbij ligt de nadruk op samen oefenen van concreet gedrag in rollenspellen, omdat dit de meest effectieve vorm van opvoedingstraining is gebleken.

Risicofactoren bij kinderen zelf zijn zowel cognitief (werkgeheugen, volgehouden aandacht, flexibiliteit, sociale informatieverwerking) als sociaal (sociale probleemoplossing, afgewezen worden door leeftijdgenoten). Deze risicofactoren lijken samen te gaan doordat zij het bemoeilijken om sociale problemen handig op te lossen. Door sociale probleemoplossing te versterken wordt de invloed van deze risicofactoren op het sociale gedrag van deze kinderen beperkt en leren zij ondanks hun LVB toch positieve sociale relaties op te bouwen die probleemgedrag overbodig maken (Orobio de Castro et al, 2008). Over de effectiviteit van interventies gericht op jeugdigen met gedragsproblemen en LVB is echter nog weinig bekend. Internationaal zijn er slechts een paar studies uitgevoerd, en in Nederland is het bewijs beperkt tot een paar casestudies. Deze beperkte informatie lijkt erop te duiden dat interventies die 1) systematisch zijn uitgevoerd, 2) zijn gebaseerd op cognitieve gedragsprincipes en 3) zich richten op tekorten in specifieke vaardigheden die gedragsproblemen lijken te veroorzaken, positieve effecten hebben. Om effectief te zijn moeten dergelijke interventies daarnaast sensitief zijn voor de beperkingen in sociaal begrip en cognitieve vaardigheden van jeugdigen met een LVB.

Verantwoording

Samen Stevig Staan is gebaseerd op Minder Boos en Opstandig (Van de Wiel et al, 2003a; Van de Wiel, et al 2003b) een programma voor de behandeling van disruptieve gedragsstoornissen in Nederland en het Incredible Years ouderprogramma. Minder Boos en Opstandig is een aangepaste vorm van het Coping Power Program (Lochman & Wells, 2003, 2004). Minder Boos en Opstandig bevat ingrediënten die zoals hierboven beschreven positieve effecten hebben bij de LVB- doelgroep: het programma richt zich op sociale informatieverwerkingsproblemen op een concrete manier die weinig abstract redeneren vereist, het maakt gebruik van cognitieve gedragsprincipes, het biedt een gestructureerde aanpak en richt zich op het aanleren van vaardigheden (Orobio de Castro et al, 2008). Het programma lijkt daardoor, na aanpassing aan de doelgroep, geschikt voor gebruik bij LVB-kinderen en jeugdigen en hun ouders.
Samen Stevig Staan richt zich, net als bij Minder Boos en Opstandig, zowel op de opvoedingsvaardigheden van ouders als op de sociale vaardigheden en sociaal probleemoplossende vaardigheden van jeugdigen.
Bij de oudergroepen wordt daarbij gebruik gemaakt van een aan Incredible Years ontleende vorm van samenwerken (collaborative approach), waarbij de eigen inbreng van ouders sterk wordt gestimuleerd om de deelnemers sterker bij de training te betrekken en de relevantie van de training voor de eigen situatie te vergroten.

Training in opvoedingsvaardigheden van ouders

In de training in opvoedingsvaardigheden worden ouders toegerust met vaardigheden om het gedrag van het kind adequater te beïnvloeden. Deze behandelmethode is vooral gebaseerd op de theorie van het operante leren. Volgens deze theorie wordt ongewenst

en gewenst gedrag van de jeugdige in stand gehouden door de wijze waarop opvoeders ermee omgaan. Ongewenst gedrag zoals zich verzetten tegen opdrachten, correcties of verboden wordt ongewild aangemoedigd als volwassenen zwichten voor dit verzet. Immers, als ouders toegeven bekrachtigen zij het verzet op een negatieve manier. Daarnaast hebben ouders door de vele conflicten die de jeugdigen oproepen vaak geen oog meer voor het gewenste gedrag dat de jeugdigen ook vertonen; dit wordt dan onvoldoende aangemoedigd of positief bekrachtigd. Het is dus nodig dat de ouders zich specifieke vaardigheden eigen maken om gewenst gedrag te laten toenemen en ongewenst gedrag te laten afnemen. Tot die vaardigheden behoren: adequaat opdrachten geven, prijzen, belonen, niet-reageren, time-out toepassen, privileges ontnemen. Deze aanpak volgens de principes van de 'Parent Management Training' geldt in de literatuur als een van de best onderzochte en gevalideerde methoden voor de behandeling van oppositioneel en agressief gedrag bij jeugdigen (Matthys & Lochman, 2017), ook bij meer kwetsbare gezinnen en ouders (bijv. Gardner e.a., 2019).
Behalve op de theorie van het operante leren is de oudertraining gebaseerd op de theorie van het leren door te observeren. Kinderen en adolescenten leren ongewenst gedrag door het waarnemen van agressieve "modellen". Jeugdigen vinden deze modellen in social media, in de buurt, op school of in het gezin. Met ouders wordt bedacht en geoefend hoe zij gunstiger voorbeeld voor hun kinderen kunnen laten zien en hoe zij hun kinderen meer in aanraking kunnen laten komen met gunstiger voorbeelden in hun omgeving.

Training sociaal probleemoplossende vaardigheden jeugdigen
De training in sociale vaardigheden en sociaal probleemoplossende vaardigheden is gebaseerd op de theorie van de sociale informatieverwerking en sociale probleemoplossing (zie boven). Volgens deze theorie wordt gedrag verklaard door de wijze waarop informatie van sociale situaties verwerkt wordt en voor sociale problemen oplossingen gevonden en uitgevoerd worden. In de training leren jeugdigen niet alleen sociale problemen zoals geplaagd worden adequater op te lossen, maar ze leren ook hun boosheid tijdig te herkennen en ermee op een constructieve manier om te gaan. In het programma wordt gebruik gemaakt van de zogeheten Stop & Denkmethode om op een expliciete, bewuste manier sociale situaties te analyseren en om oplossingsstrategieën af te wegen. Het idee is dat deze bewuste denkwijze op termijn meer geautomatiseerd en geïnternaliseerd wordt. Deze zogeheten cognitieve probleem-oplossingsvaardigheden training ('cognitive problemsolving skills training' of PSST) is in veel onderzoek effectief gebleken bij de behandeling van oppositioneel en agressief gedrag (zie Matthys & Lochman, 2017) en ook bij jeugdigen met LVB blijken deze cognitieve technieken positieve effecten op emotie regulatie te kunnen hebben (te Brinke e.a., 2021).

Geprotocolleerde aanpak
Vergelijkbaar met Minder Boos en Opstandig is bij Samen Stevig Staan gekozen voor een geprotocolleerde aanpak en een gedegen training van de uitvoerders in de toepassing van het protocol. De veronderstelling is dat daarmee de interventie enerzijds goed gestructureerd wordt en anderzijds zoveel mogelijk wordt gegarandeerd dat de werkzame bestanddelen ook daadwerkelijk worden toegepast (´treatment integrity´).

Aanpassingen voor LVB doelgroep
Voor de LVB doelgroep zijn in de werkwijze Samen Stevig Staan verschillende aanpassingen opgenomen ten opzichte van Minder Boos en Opstandig. De wijze waarop een interventie aangepast moet worden om ook effectief te kunnen zijn bij jeugdigen met

een LVB is gerelateerd aan specifieke kenmerken van een LVB.
Op basis van onderzoeksliteratuur en interviews met deskundigen zijn in de 'Richtlijn effectieve interventies LVB' (De Wit, Moonen & Douma, 2023) aanbevelingen voor het aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor jeugdige met een LVB geformuleerd:
- Afstemmen van de communicatie: vereenvoudigd taalgebruik en gebruik van visuele ondersteuning
- Concreet maken van de oefenstof: voorbeelden sluiten aan bij de belevingswereld van de jeugdige, leren door ervaren en zichtbaar maken van de oefenstof (visueel)
- Voorstructureren en vereenvoudigen: meer externe sturing, meer structuur hanteren, doseren en ordenen van informatie en oefenstof
- reserveer meer tijd (minder oefenstof)
- psycho-educatie aan ouders over LVB
- Veilige en positieve leeromgeving: motiveren, vergroten van zelfvertrouwen (De Wit, Moonen & Douma, 2023).

De belangrijkste aanpassingen van Samen Stevig Staan zijn conform bovenstaande richtlijnen en betreffen een beperking van het aantal bijeenkomsten, minder tekst en veel meer oefeningen en rollenspellen ten opzichte van Minder boos en opstandig. Er is een duidelijk thema gekozen, de drie voetballers, dat als een rode draad door de training loopt. Met de voetballers wordt de oefenstof concreet en visueel gemaakt.

Gebaseerd op onderzoek naar effectiviteit
Samen Stevig Staan is bewust gebaseerd op effectief gebleken elementen van interventies, aangepast naar de doelgroep en haar context. Samen Stevig Staan is gebaseerd op de interventie Minder boos en opstandig. Onderzoek naar de effectiviteit van Minder boos en opstandig is ook beschikbaar. Door de makers van Minder boos en opstandig is een experimenteel onderzoek met follow-up in de Nederlandse praktijk uitgevoerd. Het programma blijkt over het algemeen net zo effectief als de thans gebruikelijke zorg ('care as usual').
Er is inmiddels een cluster-gerandomiseerd onderzoek gedaan naar de effecten van de geprotocolleerde ouder- en kindtraining Samen Stevig Staan. De training is effectief in het verminderen van probleemgedrag volgens leerkrachten. Daarnaast heeft Samen Stevig Staan geleid tot een significant grotere toename van positief opvoeden door de deelnemers in de interventiegroep en een significant grotere verbetering van de ouder-kind relatie, vergeleken met de deelnemers in de controlegroep (Schuiringa, 2014).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

De uitvoering is op twee manieren onderzocht:
(1) Ontwikkeling, gerandomiseerde trial en uitvoeringsonderzoek

a)
Schuiringa, H. (2014). *Children with Mild to Borderline Intellectual Disabilities and Externalizing Behavior: Individual Characteristics, Family functioning and Treatment Effectiveness.* Doctoral dissertation, Utrecht University**.**

b)
Schuiringa en collega's onderzochten Samen Stevig Staan op effectiviteit, kwaliteit van uitvoering en waardering. Zie voor een uitgebreide beschrijving van de deelnemers bij § effect onderzoek. Aangezien deelname aan Samen Stevig Staan destijds automatisch deelname aan deze onderzoeken inhield was het responsepercentage voor kwaliteit van uitvoering en waardering 100%.

c)
Schuiringa (2014) heeft onderzoek gedaan naar de uitvoering van de interventie (N = 169). De behandelintegriteit van Samen Stevig Staan werd beoordeeld door middel van audio opnames van de trainingssessies. Een at random selectie van tien procent van de sessies werd gescoord op trouwheid aan het protocol, competentie en enthousiasme van trainers. Gemiddeld werd 75% van de oefeningen uitgevoerd door de trainers. Trainers voerden 85% van de algemene en wekelijks terugkerende onderdelen van de sessies uit (bijvoorbeeld terugblik op de eerdere sessie of het bespreken van de huiswerkopdracht). Van de beoordeelde trainers werd 72% als competent beoordeeld (bijvoorbeeld verdelen van aandacht over alle groepsleden en orde bewaren). Trainers werden in 68% van de sessies als enthousiast beoordeeld. Deze getallen wijzen erop dat Samen Stevig Staan over het algemeen is uitgevoerd zoals bedoeld.
Van de ouders die de training hebben gevolgd, zou 96% Samen Stevig Staan aanbevelen aan andere ouders. Daarnaast vindt 84% van de ouders de situatie thuis met haar of zijn kind beter geworden. Van de deelnemende kinderen geeft 83% aan dat Samen Stevig Staan geholpen heeft om iets aan de
problemen te doen en 72% van de kinderen vond het leuk om aan Samen Stevig Staan deel te nemen. Samen Stevig Staan is op 12 instellingen in Nederland uitgevoerd; 41 trainers zijn gecertificeerd en de training is in twee jaar aan 23 trainingsgroepen aangeboden.
Gemiddeld werden zeven van de tien sessies door in ieder geval een van beide ouders gevolgd. 25% van alle ouders volgde alle bijeenkomsten. Ongeveer de helft van de ouders kwam als koppel, de andere helft bestond uit moeders of vaders alleen. De jeugdigen volgden gemiddeld 11 van de 12 bijeenkomsten en 45% van de jeugdigen volgde alle sessies. Deze resultaten laten zien dat het volgen van de interventie haalbaar is voor de doelgroep.

Deze gegevens zijn echter wel van tien jaar geleden en sindsdien is het zorglandschap ingrijpend veranderd. Het huidige bereik is hierdoor veel kleiner dan deze 169 deelnemers en 23 trainingsgroepen. Zie voor actuelere cijfers studie 2.

Succes- en faalfactoren volgens uitvoerders en doelgroep

Factoren die bijdroegen aan het succes van de interventie waren aanpassingen ten opzichte van reguliere programma's als Minder Boos en Opstandig, zoals het toevoegen van informatie voor ouders over het functioneren van jeugdigen met een LVB, herhaling van onderwerpen gedurende de training, meer gebruik maken van visuele cues, minder informatie per sessie aanbieden, aanbieden van een actieve benadering met oefeningen en activiteiten en vereenvoudigen van het taalgebruik. Verdere succesfactoren zijn het kiezen voor een handig moment voor de training om de spanningsboog optimaal te benutten, het kiezen van een ruimte die niet te veel afleiding biedt, continuïteit van de trainers en regelmatig contact met ouders en leerkrachten over de inhoud van de kindtrainingen, ook tussen bijeenkomsten door. Samen Stevig Staan werd breed gedragen doordat de training in 12 instellingen van de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC) werd uitgevoerd.

Geef, indien van toepassing, ook aan hoe de interventie op basis van het onderzoek is of wordt aangepast.
Een risicofactor bij het geven van een groepsinterventie als Samen Stevig Staan is negatieve groepseffecten. Negatieve groepseffecten zijn een bekend verschijnsel bij groepstrainingen. Als gevolg van een groepstraining met enkel jeugdigen met externaliserende gedragsproblemen zouden agressieve sociale cognities of zelfs probleemgedrag verstrekt kunnen worden doordat dit gedrag bekrachtigd wordt door de andere jeugdigen als gevolg van "deviancy training" (Dishion, McCord, & Poulin, 1999). Groepssamenstelling is een belangrijke factor in dit effect, en daarom een belangrijk aandachtspunt als Samen Stevig Staan wordt uitgevoerd. Uit het effectonderzoek naar Samen Stevig Staan bleek dat jeugdigen die Samen Stevig Staan ontvingen in de dagbehandeling een toename in agressieve sociale cognities lieten zien, ten opzichte van een afname in agressieve sociale cognities in de groep die Samen Stevig Staan ontving in de ambulante behandelsetting. Waarschijnlijk had dit te maken met het feit dat jeugdigen in dagbehandeling voor en na de interventie intensiever contact met elkaar hebben dan de jeugdigen die ambulante behandeling ontvangen. Echter heeft "deviancy training" in het geval van Samen Stevig Staan enkel een effect op de wijze waarop jeugdigen denken over agressie en niet op hun daadwerkelijke gedrag. (Zie onderdeel D. Effectiviteit).
'Deviancy training' kan echter voorkomen worden door het specifiek toerusten van de trainers met vaardigheden om dit ongewenste proces tegen te gaan. Dit onderdeel ontbrak nog in de opleiding van de trainers betrokken bij het onderzoek, maar is in de definitieve versie van Samen Stevig Staan toegevoegd (Schuiringa, 2014).

2a. Douma, J. (2021). Inventarisatie uitvoering Samen Stevig Staan. *Ongepubliceerd verslag*
b)
Sinds circa 2018 wordt Samen Stevig Staan steeds minder vaak afgenomen door organisaties die in het verleden wel (veel) professionals hebben opgeleid tot trainer SSS en ook trainingen SSS aan jeugdigen en hun ouders hebben gegeven. Een aantal heeft al een aantal jaren geen professionals meer laten opleiden en bij andere organisaties neemt het aantal implementaties af.
Om de oorzaken voor deze ontwikkeling na te gaan zijn tussen eind april en eind september 2021 korte gesprekken gevoerd met de 12 organisaties die SSS ooit hebben geïmplementeerd (100% response), over waarom ze op dit moment dit wel of niet meer doen.

Ook is nagegaan hoe ze staan tegenover een individuele variant die inmiddels ontwikkeld is (maar hier niet ter beoordeling voor ligt).

c)
Uit deze inventarisatie komt een aantal duidelijke knelpunten in implementatie naar voren:

- Financiering: Sinds de transitie jeugd en gemeentelijke bezuinigingen is het erg lastig voor instellingen geworden om gespecialiseerde behandelgroepen te financieren met deelnemers uit meer dan 1 gemeente. Probleem daarbij is niet zozeer de prijs als wel hoe deze kosten op steeds verschillende manieren bij de verschillende gemeenten in rekening te brengen. Dit speelt in het bijzonder bij Samen Stevig Staan, omdat het zowel een ouder als een kind deel kent, deels geïntegreerd in dagbehandeling. Ieder van deze onderdelen kent weer eigen (steeds andere) financieringsmethodes bij verschillend gemeenten. Vaak zijn er hierdoor eigenlijk geen middelen om Samen Stevig Staan te doen, terwijl de training wel gewaardeerd wordt en er wel een gedeeld streven is om 'evidence based' te werken. Er worden dan (niet 'evidence based') oudergesprekken en activiteiten in de dagbehandeling gedaan, omdat die wel declarabel zijn.
- Personeelsverloop binnen de sector is hoog. Dit betekent ook verloop in trainers die Samen Stevig Staan kunnen geven en in bekendheid met de interventie.
- Praktische problemen: Het blijkt praktisch nogal eens lastig een groep samen te stellen en te coördineren qua agenda's en reistijd. Er is om deze reden soms behoefte aan een individuele variant.
- Breedte van de interventie: Hier wordt verschillend over gedacht. Enerzijds is er bij sommige professionals behoefte aan verbreding van de inhoud (bijv. zelfbeeld, lichamelijke signalen emoties, internaliserende problematiek). Anderzijds vinden andere professionals de interventie nu al behoorlijk omvangrijk (en lastig te financieren), en zouden ze gezien de noodzaak intensief te oefenen juist niet graag verbreden in de inhoud.
- Update: Met name de oudertraining en de kinderthema's worden als heel relevant gezien. Wel is er behoefte aan actualiseren van een deel van de materialen (plaatjes, thema voetballer). Helaas zijn nog geen middelen voor gevonden (zie bovenstaande).

Geef, indien van toepassing, ook aan hoe de interventie op basis van het onderzoek is of wordt aangepast.

Op basis van deze inventarisatie is inmiddels een individuele variant van zowel de ouder- als de kindtraining ontwikkeld, om de uitvoerbaarheid te vergroten. Deze individuele variant maakt geen deel uit van de hier ingediende interventie, omdat zij nog te recent is ontwikkeld voor evaluatie.
Daarnaast kan Samen Stevig Staan nu ook via andere instellingen dan de oorspronkelijke OBC's aangeboden worden, omdat de doelgroep zich door de grote veranderingen in het zorglandschap minder vaak in OBC's en vaker in speciaal onderwijs bevindt of thuis zit. Dit naar aanleiding van belangstelling van uit het speciaal onderwijs en dagbehandelingen om het programma aan te bieden.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Publicatie 1
Algemene informatie
• Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. ja
• Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant). ja
• Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja

• Er is een voormeting. ja
• Er is een nameting. ja
• Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. nee

a)
Schuiringa, H., van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., Lochman, J. E., & Matthys, W. (2017). Effectiveness of an intervention for children with externalizing behavior and mild to borderline intellectual disabilities: A randomized trial. *Cognitive Therapy and Research, 41*(2), 237-251. doi:10.1007/s10608-016-9815-8
b)
Schuiringa (2014) heeft een gerandomiseerd onderzoek gedaan waarbij het effect van Samen Stevig Staan werd vergeleken met de gebruikelijke behandeling.
N = 169 gezinnen met kinderen tussen 9 en 16 jaar met een LVB en externaliserend probleemgedrag namen deel aan de studie, waarvan 97 gezinnen in de interventiegroep (Samen Stevig Staan in combinatie met de gebruikelijke behandeling) en 72 gezinnen in de controlegroep (gebruikelijke behandeling). De gebruikelijke behandeling binnen de behandelinstelling bestond uit ouderbegeleiding, dagbehandeling, individuele therapie, sociale vaardigheden training, creatieve therapie, psychomotorische therapie en dramatherapie.
Het effect van de training werd beoordeeld aan de hand van vragenlijsten ingevuld door de jeugdigen, ouders en leerkrachten, waaronder de CBCL, TRF, Alabama Parenting Questionnaire, Social Problem Solving Test, en geregelde telefoontjes met ouders over probleemgedrag en opvoeding met de Parent Daily Report.
Het hoofddoel van de interventie was het verminderen van externaliserende gedragsproblemen, met als secundaire beoogde uitkomsten verbeteringen in opvoedgedrag en ouder-kind relatie.

c)
Ten eerste werden er significante interventie-effecten voor gedrag van de jeugdige volgens de leerkracht gevonden (d = 0.25). Leerkrachten in de interventiegroep rapporteerden een afname van externaliserend probleemgedrag op de TRF terwijl leerkrachten in de controlegroep een lichte toename aan externaliserend probleemgedrag rapporteerden. Er werd geen significant interventie-effect gevonden voor externaliserend probleemgedrag volgens op de CBCL (d = 0.19) en PDR (d = 0.06).
Ten tweede rapporteerden ouders in de interventiegroep een stijging in het gebruik van positieve opvoeding op de APQ, terwijl dit in de controleconditie licht afnam (d = 0.18). Er is geen significant interventie-effect gevonden voor negatief opvoeden (d = 0.06). Negatief opvoeden nam in beide groepen licht af, maar niet sterker in de interventieconditie dan in de controleconditie.
Ten derde is er een significant interventie-effect gevonden voor de ouder-kind relatie, gemeten met de NOSI (d = 0.33). Ouders uit zowel de interventie- als de controlegroep rapporteerden een verbetering van de ouder- kind relatie bij de nameting. Deze toename was significant groter voor de interventiegroep.
Tegen de verwachtingen in namen agressieve sociale cognities significant toe bij de interventiegroep vergeleken met een afname van deze cognities bij de controlegroep (d = 0.40). De toename van agressieve sociale cognities was echter niet gerelateerd aan veranderingen in het gedrag en gold alleen voor jeugdigen in de dagbehandeling, en niet voor jeugdigen die ambulante zorg ontvingen.
Publicatie 2:
Van Herwaarden, A., Schuiringa, H., van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B.,

Lochman, J. E., & Matthys, W. (2022). Therapist alliance building behavior and treatment adherence for dutch children with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning and externalizing problem behavior. *Research in developmental disabilities, 128*, 104296. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104296

DIT BETREFT nadere analyse van de DATA VAN DE INTERVENTIE GROEP uit PUBLICATIE 1

Algemene informatie
• Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. ja
• Het onderzoek betreft de hier beschreven, Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke
interventie of een buitenlandse versie of variant). ja
• Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja
• Er is een voormeting. ja
• Er is een nameting. ja
• Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie. nee

b)
Doel van het onderzoek was na te gaan of er een verband is tussen therapietrouw en therapeutische alliantie enerzijds en het behandeleffect van een interventie gericht op externaliserend probleemgedrag bij kinderen met MID-BIF anderzijds.
Tweeënzeventig gezinnen die aan de interventie deelnamen rapporteerden over het externaliserend gedrag van kinderen (CBCL, PDR), opvoeding (APQ) en de ouder-kindrelatie (NOSIK) door middel van vragenlijsten bij pre-test en post-test, en de geobserveerde behandelingsprocessen werden gecodeerd van geluidsbanden van drie therapeutische sessies per gezin (> 200 sessies).

c)
Externaliserend probleemgedrag nam van voor- naar nameting af, volgens rapportage door ouders en leerkrachten. Bovendien namen de scores op de ouder-kindrelatie in de loop van de tijd toe. Negatieve opvoedingsvaardigheden namen in de loop van de tijd af.

Behandeling door een therapeut die zich aan het protocol houdt, bleek de verbetering van de ouder-kindrelatie te vergemakkelijken. Het behandelproces therapeutische alliantie voorspelde significant de afname van externaliserend probleemgedrag van de jeugdigen. De behandelprocessen bleken andere interventie-uitkomsten niet significant te voorspellen.

Deze resultaten tonen aan dat het optimaliseren van alliantie en behandelintegriteit belangrijk zijn voor het verbeteren van de behandelresultaten bij een interventie gericht op kinderen met LVB en gedragsproblemen.

De resultaten suggereren bovendien dat de kernelementen van Samen Stevig Staan voor de het boogde effect op de ouder-kind relatie zorgt, doordat er een duidelijke dosis-response relatie tussen protocol getrouwheid en uitkomst is gevonden.

5. Samenvatting Werkzame elementen

Training van sociale informatieverwerking en sociale probleemoplossing
Training van opvoedingsvaardigheden
Afstemming op leerproces jeugdigen met LVB
Geïntegreerde ouder- en kind interventie

6. Aangehaalde literatuur

De Castro, B.O. & Van Dijk, A. (2017). "It's Gonna End Up with a Fight Anyway": Social Cognitive Processes in Children with Disruptive Behavior Disorders. In J.E. Lochman & W. Matthys (Eds). *The Wiley Handbook of Disruptive and Impulse-Control Disorders, ch 15.* Wiley: New York.

De Wit, M., Moonen, X, & Douma, J. (2023) Richtlijn Effectieve interventies LVB: Herziene versie. Landelijk Kenniscentrum LVB.

Dekker, M.C., Koot, H.M. (2003) DSM-IV Disorders in Children With Borderline to Moderate Intellectual Disability. I: Prevalence and Impact *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,42,* 915-922

Dishion, T.J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist, 54,* 755-785.

Gardner, F., Leijten, P., Harris, V., Mann, J., Hutchings, J., Beecham, J., De Castro, B.O., … Landau, S. (2019). Equity effects of parenting interventions for child conduct problems: a pan-European individual participant data meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 6(6)*, 518–527. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30162-2

Hof, C. van 't, Eikelenboom, M., Matthys, W. Nieuwenhuijzen, M. van der, Orobio de Catsro, B. (2009) *Samen Stevig Staan Deel 1 Draaiboek* Utrecht: Coping LVB

Hof, C. van 't, Eikelenboom, M. , Matthys, W. Nieuwenhuijzen, M. van der, Orobio de Catsro, B. (2009) *Samen Stevig Staan Deel 2 Werkboek* Utrecht: Coping LVB

Kazdin, A.E. & Weisz, J.R. (1998). Identifying and developing empirically supported child and adolescent treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol. 66, no. 1,* 19-36.

Knotter, M. H., Wissink, I. B., Moonen, X., Stams, G., & Jansen, G. J. (2013). Staff's attitudes and reactions towards aggressive behaviour of clients with intellectual disabilities: A multi-level study. *Research in Developmental Disabilities, 34*(5), 1397-1407. doi:10.1016/j.ridd.2013.01.032

Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2003). Effectiveness of the coping power program and of classroom intervention with aggressive children: Outcomes at a 1-year follow-up. *Behavior Therapy, 34(4),* 493-515.

Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2004). The coping power program for preadolescent aggressive boys and their parents: Outcome effects at the 1-year follow-up. *Journal of Consulting and ClinicalPsychology, 72(4)*, 571-578.

Matthys, W., & Lochman, J. E. (2017). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood.* John Wiley & Sons.

Menting, A. T. A., de Castro, B. O., & Matthys, W. (2013). Effectiveness of the incredible years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 33(*8), 901-913. doi:10.1016/j.cpr.2013.07.006

Schuiringa, H. (2014). *Children with mild to borderline intellectual disabilities and externalizing behavior: Individual characteristics, family functioning and treatment effectiveness.* Proefschrift, Universiteit Utrecht

Schuiringa, H., van Nieuwenhuijzen, M., de Castro, B. O., & Matthys, W. (2017a). Executive functions and processing speed in children with mild to borderline intellectual disabilities and externalizing behavior problems. *Child Neuropsychology, 23*(4), 442-462. doi:10.1080/09297049.2015.1135421

Schuiringa, H., van Nieuwenhuijzen, M., de Castro, B. O., & Matthys, W. (2015). Parenting and the parent-child relationship in families of children with mild to borderline intellectual disabilities and externalizing behavior. *Research in Developmental Disabilities, 36*, 1-12. doi:10.1016/j.ridd.2014.08.018

Schuiringa, H., van Nieuwenhuijzen, M., de Castro, B. O., & Matthys, W. (2012d). The relation between parenting, social information processing and externalizing problem behavior in children with a mild to borderline intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 56*(7-8), 673.

Schuiringa, H., van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., Lochman, J. E., & Matthys, W. (2017). Effectiveness of an intervention for children with externalizing behavior and mild to borderline intellectual disabilities: A randomized trial. *Cognitive Therapy and Research, 41*(2), 237-251. doi:10.1007/s10608-016-9815-8

Simó-Pinatella, D., Mumbardó-Adam, C., Alomar-Kurz, E., Sugai, G., & Simonsen, B. (2019). Prevalence of challenging behaviors exhibited by children with disabilities: Mapping the literature. J*ournal of Behavioral Education, 28(3), 323-343*. doi:10.1007/s10864-019-09326-9

Te Brinke, L. W., Schuiringa, H. D., Menting, A., Dekovic, M., Westera, J. J., & de Castro, B. O. (2021). Treatment approach and sequence effects in cognitive behavioral therapy targeting emotion regulation among adolescents with externalizing problems and intellectual disabilities. *Cognitive Therapy and Research,* doi:10.1007/s10608-021-10261-1

Van Duijvenbode, N., & VanDerNagel, J. E. L. (2019). A systematic review of substance use (disorder) in individuals with mild to borderline intellectual disability. *European Addiction Research, 25*(6), 263-282. doi:10.1159/000501679

Van Herwaarden, A., Schuiringa, H., van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., Lochman, J. E., & Matthys, W. (2022). Therapist alliance building behavior and treatment adherence for dutch children with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning and externalizing problem behavior. *Research in Developmental Disabilities, 128*, 104296. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104296

Van Nieuwenhuijzen, M., Van Rest, M. M., Embregts, P., Vriens, A., Oostermeijer, S., Van Bokhoven, I., & Matthys, W. (2017). Executive functions and social information processing in adolescents with severe behavior problems. *Child Neuropsychology, 23*(2), 228-241. doi:10.1080/09297049.2015.1108396

Wallander, J. L., Dekker, M. C., & Koot, H. M. (2006). Risk factors for psychopathology in children with intellectual disability: A prospective longitudinal population-based

study. *Journal of Intellectual Disability Research, 50*(4), 259-268. doi:10.1111/j.1365-2788.2005.00792.x

Wiel, N.M.H. van de, Hoppe, A., & Matthys, W. (2003a). *Minder boos en opstandig.* Alkmaar: Buro Extern.

Wiel, N.M.H. van de, Matthys, W., Cohen-Kettenis, P., & van Engeland, H. (2003b). Application of the Utrecht Coping Power Program and Care as Usual to children with disruptive behavior disorders in outpatient clinics: A comparative study of cost and course of treatment. *Behavior Therapy, 34,* 421-436.

Samenwerking erkenningstraject

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