

HANDLEIDING

Werkblad beschrijving interventie

Handleiding, versie maart 2019

Deze handleiding is tot stand gekomen door samenwerking tussen:



Inhoud

Inhoud	2
Vooraf	3
Samenvatting interventie	4
Uitgebreide beschrijving	5
1. Beschrijving interventie	5
2. Uitvoering	17
3. Onderbouwing	22
4. Onderzoek	29
4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden per onderzoek	29
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden per onderzoek	30
5. Samenvatting werkzame elementen	34
6. Aangehaalde literatuur	36

Vooraf

Waarom het Werkblad beschrijving interventie?

Informatie voor de bezoeker van de databank en voor de erkenningscommissie

Het Werkblad geeft informatie over de interventie die van belang is voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en uitvoeringsvoorwaarden van de interventie.

Het Werkblad als samenvatting

Het Werkblad moet een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie zijn. Houd het kort en bondig.

Het Werkblad als invulformulier en als 'sorteerbak'

Het Werkblad is een invulformulier, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De informatie voor het Werkblad kan uit diverse bronnen komen, waaronder bijvoorbeeld een beschikbaar Nederlands handboek.¹ Het formulier functioneert ook als check of er over de betreffende onderwerpen voldoende informatie beschikbaar is.

Wat verstaan wij onder een interventie?

Een interventie is een planmatige en doelgerichte aanpak

- met als doel het bevorderen van de psychische, sociale, cognitieve of lichamelijke ontwikkeling van een jeugdige (-9 maanden tot 24 jaar), waar deze (mogelijk) bedreigd of belemmerd wordt en
- die gericht is op de jeugdige zelf, zijn/haar opvoeders en/of de opvoedingsomgeving

¹ Voor de term handboek zijn in de praktijk allerlei woorden in omloop: handleiding, leidraad, draaiboek, toolkit, methodiekbeschrijving, handreiking of protocol.

Samenvatting interventie

De samenvatting is bedoeld om bezoekers van de online databank een eerste indruk te geven van de interventie. Maak de samenvatting daarom niet langer dan één A-4tje.

Uitgebreide beschrijving

1. Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

- Beschrijf de kenmerken van de einddoelgroep die relevant zijn voor de aanpak van de interventie (bv. leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status, motivatie, toegankelijkheid, geografische locatie, woonsituatie, etnische/culturele/religieuze achtergrond, taal).
- Als er op basis van specifieke kenmerken sprake is van subdoelgroepen waarvoor de aanpak is aangepast, geef dit dan aan.

➤ **Voorbeeld Ontmoetingscentra**

Uiteindelijke doelgroep

Het ondersteuningsprogramma in Ontmoetingscentra is bedoeld voor thuiswonende mensen met dementie. Het gaat daarbij om mensen met een lichte tot matig ernstige vorm van dementie die (nog) kunnen functioneren in een buurt- of ouderencentrum en hieraan enig plezier kunnen beleven (Dröes & Breebaart, 1994).

➤ **Voorbeeld School-Wide Positive Behavior Support (SWPBS)**

SWPBS is bedoeld voor alle leerlingen van het primair, voortgezet en speciaal onderwijs, met speciale aandacht voor leerlingen met gedragsproblemen en leerlingen die het risico lopen om gedragsproblemen te ontwikkelen.

Intermediaire doelgroepen

Zijn er intermediaire doelgroep(en)? Zo ja, welke?

- De interventie hoeft zich niet rechtstreeks op de einddoelgroep te richten. Er kan sprake zijn van één of meer 'intermediaire doelgroepen' of 'tussendoelgroepen.'
- Is dat het geval, beschrijf dan de kenmerken van de intermediaire of tussendoelgroep(en) die relevant zijn voor de aanpak van de interventie (bv. leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status, motivatie, toegankelijkheid, geografische locatie, woonsituatie, etnische/culturele/religieuze achtergrond, taal).
- Als er op basis van specifieke kenmerken sprake is van subdoelgroepen onder de intermediaire doelgroepen waarvoor de aanpak is aangepast, geef dit dan aan.
- De uitvoerders van de interventie worden alleen als intermediaire doelgroep gezien als er doelen op hen gericht zijn. Is dat niet het geval dan zijn de uitvoerders geen 'intermediaire doelgroep'. Bij het onderdeel Uitvoering (2.) kunt u beschrijven wie de uitvoerders van de interventie zijn.

➤ **Voorbeeld Ontmoetingscentra**

Intermediaire doelgroep

Het ondersteuningsprogramma in Ontmoetingscentra richt zich ook op de intermediaire doelgroep: de mantelzorgers, de partner, familie of vrienden die een rol spelen in de zorg voor mensen met dementie. Zij vormen de intermediaire doelgroep van het ondersteuningsprogramma. Zij ervaren deze zorgtaak als (te) zwaar en voelen zich vaak ernstig belast. Zij hebben behoefte aan ondersteuning bij het omgaan met het ziekteproces van hun naaste.

➤ **Voorbeeld SWPBS**

Een intermediaire doelgroep van SWPBS zijn alle volwassenen in de school die in contact komen met de leerlingen, dus leraren, de directie, maar bijvoorbeeld ook de conciërge. Een andere intermediaire doelgroep wordt gevormd door de ouders van alle leerlingen.

Selectie van de doelgroepen

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

- Beschrijf hoe wordt vastgesteld of de (intermediaire) doelgroep de vereiste kenmerken heeft en welke instrumenten daar eventueel voor beschikbaar zijn.
- Een contra-indicatie is een reden of omstandigheid om de interventie niet toe te passen. Denk bijvoorbeeld aan de ernst van het probleem, een bepaalde leeftijd, opleidingsniveau, cognitieve competenties of het tegelijkertijd aanwezig zijn van bepaalde andere problemen of stoornissen. Benoem de contra-indicaties puntsgewijs.
- Niet voor alle interventies zijn contra-indicaties van toepassing. Bij universele preventie bijvoorbeeld zijn ze niet aan de orde. Geef dit dan aan.
- Selectie van de doelgroep is iets anders dan werving van de doelgroep. Werving van de doelgroep kan worden beschreven bij Aanpak (1.3).

➤ Voorbeeld Ontmoetingscentra

Selectie van doelgroepen

De toelatingscriteria zijn over het algemeen als volgt (maar kunnen verschillen tussen centra):

- De persoon met dementie heeft een lichte tot matig ernstige dementie, met het accent op lichte dementie.
- De persoon met dementie is mobiel.
- De persoon met dementie kan zelfstandig naar het toilet.
- De persoon met dementie kan in de groep functioneren.
- De mantelzorger heeft behoefte aan ondersteuning bij het omgaan met het ziekteproces van zijn naaste en wil deelnemen aan het ondersteuningsprogramma.
- De persoon met dementie en de mantelzorger stemmen in met deelname aan het programma in het Ontmoetingscentrum.

Contra-indicaties:

- De persoon met dementie is in een vergevorderd stadium van dementie of verplegingsbehoevend.
- De persoon met dementie neigt voortdurend weg te lopen.
- De persoon met dementie heeft zodanige gedragsproblemen (ook na een eerste gewenningsperiode) dat deze het groepsproces ernstig verstoren.
- De mantelzorger heeft geen behoefte aan ondersteuning en wil geen gebruik maken van het ondersteuningsprogramma voor mantelzorgers.

De programmacoördinator toetst de toelatingscriteria en contra-indicaties bij de intake. Bij het handboek is een CD-rom geleverd waarop in de praktijk te gebruiken formulieren voor de intake en de psychosociale diagnose beschikbaar worden gesteld. De nieuwe deelnemers wennen gedurende een proefperiode. In deze periode ziet de programmacoördinator of het programma in het Ontmoetingscentrum passend is voor de deelnemer én of de mantelzorger deelneemt aan het ondersteuningsprogramma. Wanneer na verloop van tijd het dementieproces bij de deelnemer is gevorderd tot ernstige dementie, zoekt het Ontmoetingscentrum samen met de mantelzorger naar een andere ondersteuningsmogelijkheid in een rustigere omgeving, bijvoorbeeld een dagbehandeling die zich richt op mensen met ernstige dementie, een kleinschalige woonvoorziening of opname in een verpleeghuis.

➤ Voorbeeld SWPBS

SWPBS is een aanpak die beschikbaar is voor alle schooltypen en dus voor alle leerlingen, van primair onderwijs tot en met voortgezet onderwijs, inclusief speciaal onderwijs. Er zijn geen contra-indicaties. Wel dient een school de interventies af te stemmen op de doelgroep die zij in huis heeft.

Betrokkenheid doelgroep

Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

- Het gaat hier om de betrokkenheid van de leden van de (intermediaire) doelgroep bij de diverse ontwikkelingsstadia van de interventie: van de interventie keuze, de eerste ontwikkeling van de interventie, de pilot tot en met de doorontwikkeling.

➤ Voorbeeld Ontmoetingscentra

Betrokkenheid doelgroep

Mantelzorgers van mensen met dementie die deelnamen aan een dagbehandeling, of al waren opgenomen in een verpleeghuis, zijn in een vooronderzoek bevraagd over hun ondersteuningsbehoeften in de periode daarvoor. De interventie is in het eerste ontwikkeljaar vormgegeven in overleg met mantelzorgers en mensen met dementie (1993-1994). Dit gebeurde in een maandelijks centrumoverleg. Na de ontwikkelfase is dit maandelijks centrumoverleg, waarin de deelnemers feedback geven op de activiteiten in het Ontmoetingscentrum en hun wensen kunnen uiten, een vast onderdeel van het programma gebleven. De invloed van de doelgroep op het programma-aanbod blijft zo gewaarborgd. Daarnaast zijn in de periode 1993-1996 en 2000-2003 in alle toenmalige Ontmoetingscentra in Nederland onder mensen met dementie en mantelzorgers enquêtes afgenomen om hun tevredenheid met de verschillende programmaonderdelen na 3 en na 7 maanden deelname te peilen.

Meer informatie

Meer informatie over het maken van een heldere doelgroepbeschrijving is te vinden in:

- Van Yperen, T., Veerman, J.W. & Bijl, B. (2017). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor resultaatgericht ontwikkelen van interventies in de jeugdzorg* (hoofdstuk 2). Rotterdam: Uitgeverij Lemniscaat b.v.
- Kok, H., Molleman, G., Saan, H. & Ploeg, M. (2005). *Handboek Preffi 2.0. Richtlijn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie* (hoofdstuk 5). Woerden: NIGZ.

Meer informatie over het betrekken van de doelgroep:

- Kok, H., Molleman, G., Saan, H. & Ploeg, M. (2005). *Handboek Preffi 2.0: Richtlijn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie* (pag. 170-177). Woerden: NIGZ.
- Pretty, J.N. (1995). Participatory learning for sustainable agriculture. *World Development*, 23, 8, 1247-1263 (de participatieladder).

1.2 Doel

Algemene informatie

- Een interventie wordt ingezet om een doel te bereiken: het voorkomen of verminderen van problemen of risico's, dan wel het bevorderen van een positieve ontwikkeling.
- Formuleer de (sub)doelen zo concreet dat het mogelijk is om vast te stellen of ze aan het einde van de interventie al dan niet gerealiseerd zijn. Vermijd formuleringen in vage termen (bijvoorbeeld "zoveel mogelijk") of in procestermen (bijvoorbeeld "ondersteunen", "stimuleren").
- Formuleer de (sub)doelen zo veel mogelijk SMART:
 - Specifiek: is duidelijk wat de interventie precies verandert en bij wie?
 - Meetbaar: is het doel zo geformuleerd dat controleerbaar is of het bereikt wordt?
 - Acceptabel: is er draagvlak voor de interventie, vinden betrokkenen de doelen zinvol?
 - Realistisch: zijn de doelen haalbaar?
 - Tijdgebonden: op welke termijn kunnen de doelen worden behaald?
- Houdt er rekening mee dat (sub)doelen aansluiten bij de belevingswereld en de behoeften van de gehele doelgroep, gelet op diversiteit in (bijvoorbeeld) opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, land van herkomst of taal.
- De doelformulering in het werkblad moet overeenkomen met de doelformulering in het handboek bij de interventie. Verbeter je op basis van bovenstaande aanwijzingen je doelformulering in het werkblad, pas deze dan ook in je handboek aan (eventueel m.b.v. een addendum).

Hoofddoel

Wat is hoofddoel van de interventie?

- Het hoofddoel verwoordt de (beoogde) eindsituatie.
- Het hoofddoel heeft betrekking op de einddoelgroep.

Subdoelen

Wat zijn de subdoelen van de interventie?

Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire of subdoelgroep(en)?

- Subdoelen zijn een concretisering van het hoofddoel. Als alle subdoelen zijn gerealiseerd, is het hoofddoel bereikt.
- Subdoelen kunnen betrekking hebben op de einddoelgroep, maar ook op de subdoelgroepen of de intermediaire doelgroepen (zie 1.1). Als dat het geval is, benoem ze dan voor de einddoelgroep en voor elke subdoelgroep of intermediaire doelgroep afzonderlijk.
- Zijn er veel doelgroepen met eigen subdoelen, maak dan eventueel een schema om de subdoelen per doelgroep en de onderlinge samenhang tussen de subdoelen te visualiseren.
- Bij subdoelen kan het gaan om nevendoelen (de volgorde maakt niet uit) of om voorwaardelijke doelen (deze moeten gerealiseerd worden voordat andere doelen bereikt kunnen worden). Wanneer dit laatste aan de orde is, geef dan ook deze volgorde aan.

➤ Voorbeeld Lang Leve de Liefde (Onderbouw)

Hoofddoel

Leerlingen maken een gezonde seksuele ontwikkeling door, waarbij grensoverschrijdend gedrag, ongewenste zwangerschap en soa/hiv-besmetting wordt voorkomen.

Subdoelen

1. De realisatie van prettige relaties en respect voor ieders seksuele identiteit
 - Leerlingen hebben kennis en inzicht in lichamelijke, emotionele en sociale veranderingen met betrekking tot de puberteit en seksualiteit.
 - Leerlingen hebben kennis van de (werking van) mannelijke en vrouwelijke geslachtsorganen
 - Leerlingen erkennen dat er meerdere vormen van relaties en seksuele voorkeuren bestaan
 - Leerlingen staan positief tegenover homoseksualiteit en negatief tegenover homonegativiteit
 - Leerlingen staan positief tegenover de keuzes van anderen m.b.t. relaties
 - Leerlingen ervaren dat anderen met dezelfde problemen kampen m.b.t. verliefdheid, liefdesverdriet, vragen over lichamelijke veranderingen
 - Leerlingen durven met anderen te praten over vragen die ze hebben m.b.t. puberteit en seksuele ontwikkeling
2. De realisatie van (t.z.t.) gewenste seks als je daar klaar voor bent en het duidelijk communiceren van wensen en grenzen
 - Leerlingen hebben kennis van wat seksueel grensoverschrijdend gedrag is
 - Leerlingen kennen hun eigen grenzen en wensen
 - Leerlingen staan negatief t.o.v. seksueel grensoverschrijdend gedrag
 - Leerlingen hebben een positieve houding t.o.v. duidelijk communiceren van eigen wensen en grenzen
 - Leerlingen hebben een positieve houding t.o.v. dat anderen hun wensen en grenzen duidelijk communiceren
 - Leerlingen weten dat hun peers negatief staan tegenover seksueel grensoverschrijdend gedrag
 - Leerlingen voelen zich in staat om grenzen te stellen
 - Leerlingen kunnen wensen en grenzen duidelijk maken
3. (T.z.t.) consequent en consistent gebruiken van anticonceptie en condoom
 - Leerlingen hebben kennis van menstruele cyclus, zwangerschap en preventie van zwangerschap.
 - Leerlingen hebben kennis van anticonceptiemiddelen, de werking en hoe ze te verkrijgen.
 - Leerlingen hebben kennis van de belangrijkste soa, de overdracht en condooms ter preventie
 - Leerlingen erkennen de persoonlijke risico's (ernst en kwetsbaarheid) van onveilig vrijen (zwanger worden en/of soa-besmetting)
 - Leerlingen hebben een positieve attitude t.a.v. condoomgebruik en pilgebruik
 - Leerlingen ervaren dat anderen ook positief staan t.o.v. condoomgebruik
 - Meisjes ervaren dat anderen positief staan t.o.v. pilgebruik
 - Leerlingen voelen zich in staat om condoom te kopen, te gebruiken en met de partner te bespreken
 - Meisjes voelen zich in staat om de pil te vragen, en correct te gebruiken
 - Jongens voelen zich in staat om met hun partner afspraken te maken over pilgebruik

- Leerlingen hebben de intentie om condooms te kopen en gebruiken (t.z.t.)
- Meisjes hebben de intentie om anticonceptie te gebruiken indien nodig
- Leerlingen kunnen een condoom correct omdoen

➤ **Voorbeeld Rookvrij Opgroeien**

Hoofddoel

Het doel van de interventie is het verminderen van het percentage kinderen in de leeftijd van 0-4 jaar dat wordt blootgesteld aan tabaksrook in de thuissituatie van 18% in 2007 naar 15% eind 2010.

Subdoelen

- Verhogen kennis: Na afloop van de voorlichting door professionals kunnen ouders minimaal drie gevaren van meeroken voor hun kind noemen
- Verhogen eigen effectiviteit: Na afloop van de voorlichting door professionals zijn ouders in staat om minimaal één huisregel in te voeren
- 95% van de professionals voelt zich na afloop van de training in staat om op effectieve wijze het gesprek over meeroken met ouders aan te gaan.

➤ **Voorbeeld Doelenboom 'B.Slim'**

**Bijlage I:
Doelenboom
B.Slim**

Hoofddoel 1* projectperiode: Het percentage kinderen van 0-12 jaar met overgewicht stijgt niet verder in de B.Slim wijken van Amersfoort in de periode 2005-2009.
Hoofddoel 2e projectperiode: Het percentage kinderen van 0-19 jaar met overgewicht neemt in de B.Slim wijken van Amersfoort af met 5% in de periode 2010-2014.

Doelen op niveau van determinanten:

- Een toename van 5% van het aantal kinderen dat minimaal 5 dagen per week ontbijt.
- Een toename van 10% van het aantal kinderen dat dagelijks fruit eet.
- Een toename van 5% van het aantal kinderen dat voldoet aan de beweegnorm.

Subdoelen per pijler van B.Slim

<p>Strategie obv pijler voorlichting en bewustwording</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinderen van 4-12 jaar zijn zich bewust van het belang van gezonde voeding en voldoende beweging. • Kinderen hebben een positieve attitude ten aanzien van gezonde voeding en voldoende beweging (plezier in bewegen). • 60% van de ouders kent de B.Slim boodschap. • 70% van de ouders heeft een positieve attitude ten aanzien van gezonde voeding en voldoende beweging. • 80% van de ouders zijn zich bewust van het belang van gezonde voeding en voldoende beweging voor hun kinderen. • 60% van de ouders weet wat gezonde voeding is. 	<p>Strategie obv pijler maatregelen gericht op de omgeving</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er zijn begeleidde speelmogelijkheden in de buurt voor kinderen van 0-4 en 4-12 jaar. • 80% van de peuterspeelzalen heeft een gezond voedings- en beweegbeleid. • 40% van de basisscholen heeft een gezond voedings- en beweegbeleid (aan de hand van de Lekker fit! Duim). • 10 VMBO-scholen/ praktijkscholen/ ROC's hebben een gezonde schookantene. • Er zijn 2 B.Slim wandelroutes in het Waterwingebied in Liendert/Rustenburg gerealiseerd. 	<p>Strategie obv pijler signaleren en adviseren</p> <ul style="list-style-type: none"> • Overgewicht en obesitas bij kinderen wordt gesignaleerd. • Er is een afgestemd aanbod voor advisering en begeleiding van kinderen met overgewicht. 	<p>Strategie obv pijler ondersteuning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is een multidisciplinair aanbod voor kinderen met overgewicht (en hun ouders), gericht op beweging, voeding en gedrag. 	<p>Strategie obv pijler draagvlak</p> <ul style="list-style-type: none"> • De relevante lokale partners uit de wijk staan achter het B.Slim programma • De relevante lokale partners voelen zich betrokken bij B.Slim (bij de invulling ervan en bij de uitvoering van de activiteiten). • 75% van de ouders kent het B.Slim project en driekwart hiervan heeft hier een positief beeld van. • De Raad heeft een positief beeld van B.Slim. • Het college van B&W schaarst zich achter de plannen van B.Slim. • De wethouders volksgezondheid, sport en jeugd zijn ambassadeurs van B.Slim. • Ambtenaren van andere relevante afdelingen binnen de gemeente leveren een bijdrage aan de doelstelling van B.Slim. • Er is een samenwerkingsovereenkomst met één of meerdere private partijen rondom B.Slim. • Minimaal 6x keer per jaar is er in de lokale media aandacht voor B.Slim.
--	---	--	--	---

➤ **Voorbeelden van doelen die onvoldoende concreet geformuleerd zijn: zo moet het dus niet**

'Jongeren worden ondersteund bij het aanpakken van hun angstklachten'.

Zo is het doel procesmatig geformuleerd en wordt niet de gewenste eindsituatie voor de jongeren zelf beschreven.

'Ouders/verzorgers/leidsters leren om beter aan te sluiten bij de specifieke opvoedingsvraag van het kind'.

Begrippen als 'specifieke opvoedingsvraag' en 'beter aansluiten' zijn vaag. Wat houdt het in? Daarnaast is het doel procesmatig, verwijst het niet naar een eindsituatie.

'Jeugdigen positieve alternatieven leren voor hun zelfvernietigende gedrag en hen vaardigheden bijbrengen om het eigen gedrag te reguleren'.

Dit doel is niet geformuleerd als eindsituatie voor de jeugdige, maar in termen van wat de professional moet doen ('jeugdigen positieve alternatieven leren' en 'jeugdigen vaardigheden bijbrengen voor gedragsregulatie'). Bovendien is ook deze doelformulering vaag (wat zijn die positieve alternatieven dan?).

Meer informatie

Meer informatie over het opstellen van een heldere, meetbare en realistische doelstelling is te vinden in:

- Kok, H., Molleman, G., Saan, H. & Ploeg, M. (2005). *Handboek Preffi 2.0. Richtlijn voor effectieve gezondheidsbevordering en preventie* (hoofdstuk 5). Woerden: NIGZ.
- Van Yperen, T., Veerman, J.W. & Bijl, B. (2017). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor resultaatgericht ontwikkelen van interventies in de jeugdzorg* (hoofdstuk 2). Rotterdam: Uitgeverij Lemniscaat b.v.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten - indien van toepassing)?

- Een interventie kan gefaseerd zijn opgebouwd, uit een aantal themabijeenkomsten bestaan, verschillende onderdelen of modules kennen - bijvoorbeeld per doelgroep - die in een bepaalde volgorde worden uitgevoerd.
- Als de duur en het aantal contacten variabel zijn, geef dan een gemiddelde of wat gebruikelijk is.
- Als de aanpak van een interventie veel aparte onderdelen heeft, maak dan eventueel een schema om de structuur of de samenhang tussen de onderdelen te visualiseren. Als de toepassing van de eenheden 'op maat' moet gebeuren, laat dit dan ook in het schema zien.

➤ Voorbeeld G-Voetbal

G-voetbal is voetbal waarin een paar aanpassingen zijn verricht om het spelers met een verstandelijke of lichamelijke beperking mogelijk te maken ook hun partijtje mee te spelen.

Opzet

G-voetbal wordt opgezet aan de hand van zeven methodische stappen:

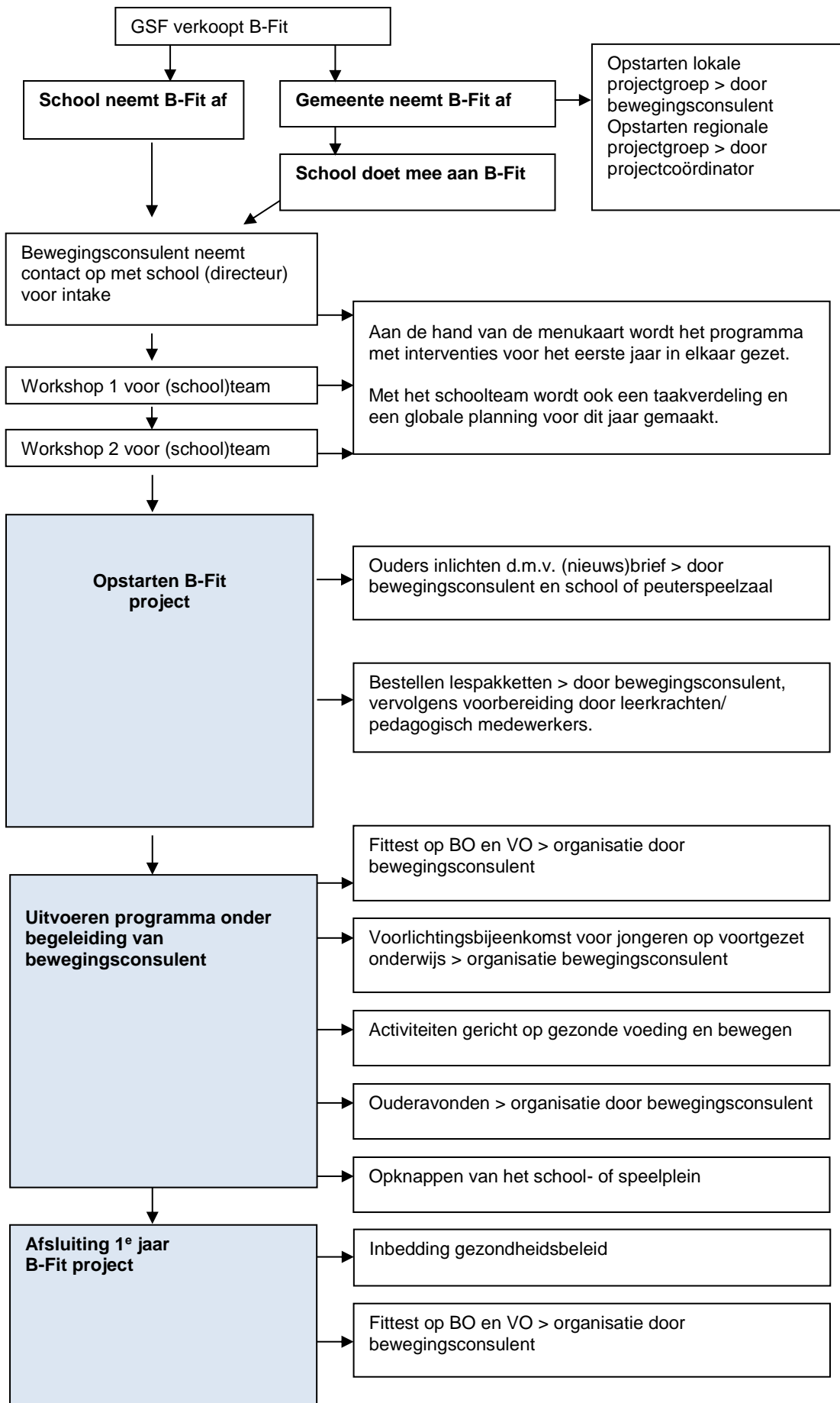
1. Opzetten van de organisatie
2. Inventarisatie huidige situatie vereniging
3. Doelstelling vereniging bepalen
4. Plan van aanpak opstellen
5. Werving van deelnemers
6. Informatieavond/demonstratietraining voor deelnemers (en eventueel ouders)
7. Structurele activiteit aanbieden

Stap 1 t/m 4 zijn normaal gesproken eenmalig, stap 5 t/m 7 worden twee keer per seizoen door de vereniging herhaald. De eerste vijf stappen kunnen tijdens het opzetten van het G-voetbal nog veranderen. Zo kunnen doelstellingen nog worden bijgesteld aan de hand van input vanuit de vereniging. De opstartfase (stap 1 t/m 6) duurt doorgaans een half seizoen (dus een half jaar). Afhankelijk van bijvoorbeeld de snelheid van de ledengroei (werving) kan de implementatie langer duren.

De KNVB begeleidt de vereniging in de opstartfase. In de praktijk is er sprake van in totaal 4-8 bijeenkomsten verspreid over twee seizoenen. Eventueel is er begeleiding vanuit de KNVB mogelijk tijdens het structureel aanbieden van G-voetbal (stap 7).

Op de volgende pagina's staan twee voorbeelden van schema's waarmee complexe interventies gevisualiseerd kunnen worden.

➤ Voorbeeld opzet complexe interventie B-fit (preventie en stabilisatie van overgewicht)



➤ **Voorbeeld opzet zorgprogramma Doen Wat Werkt (DWW)**

Ouders en jongere en gezinsvoogd/casemanager/jeugdreclasserder STEP & LIRIK → JeugdzorgPlus

Plaatsing door PC Noord. Screening door Wilster, **aanmeldset DWW**

Instroomprofiel JeugdzorgPlus Terug naar Huis

Plaatsingsgesprek DWW: CBCL, YSR, TRF, OBVL

Zorgtraject I DWW:

Residentiële crisisinterventie en intensieve multisysteem behandeling

Zorgtraject II DWW:

Residentiële crisisinterventie, besloten behandeling en intensieve multisysteem behandeling

Residentiële Crisisinterventie (maximaal 6 weken); setting JeugdzorgPlus Wilster
 Basismodules: Ouderbegeleiding (OBVL) en Onderwijs- en arbeidstoeleiding (TRF)
 Jeugdige: Basismodules: diagnostiek, Equip, gedragstherapeutische vaardigheden, psycho-educatie
 Optionele modules: farmacotherapie, CGT, EMDR, PMT

Residentiële crisisinterventie (maximaal 6 weken); setting JeugdzorgPlus Wilster
 Basismodules: Ouderbegeleiding (OBVL) en Onderwijs- en arbeidstoeleiding (TRF)
 Jeugdige: Basismodules: diagnostiek, Equip, gedragstherapeutische vaardigheden, psycho-educatie
 Optionele modules: farmacotherapie, CGT, EMDR, PMT

Besloten behandeling (maximaal 6 maanden); setting besloten JeugdzorgPlus Wilster. Basismodules: ouderbegeleiding, school- en arbeidstoeleiding
 Jeugdige: Basismodules: procesdiagnostiek, gedragstherapeutische vaardigheden, psycho-educatie.
 Optionele modules: farmacotherapie, CGT, EMDR, PMT en tijdelijke time out

Multisysteembehandeling
 Basismodules bij terug naar huis plaatsing: Ouderbegeleiding, MultiSystemTherapy (MST), MultiDimensionalTherapy (MDFT), Functional Family Therapy (FFT). Optionele module: tijdelijke time-out

Multisysteembehandeling
 Basismodules bij terug naar huis plaatsing: Ouderbegeleiding, MultiSystemTherapy (MST), MultiDimensionalTherapy (MDFT), Functional Family Therapy (FFT). Optionele module: tijdelijke time-out

Afrondingsgesprek CBCL, YSR, TRF, OBVL, exitvragenlijst
Evaluatie met de professionals
Nazorg vanuit DWW door middel van knipkaart MST/MDFT/FFT
 Verwijzen naar reguliere hulp
Follow-up onderzoek UOR

Afrondingsgesprek CBCL, YSR, TRF, OBVL, exitvragenlijst
Evaluatie met de professionals
Nazorg vanuit DWW door middel van knipkaart MST/MDFT/FFT
 Verwijzen naar reguliere hulp
Follow-up onderzoek UOR

Uitstroom
 Informatie ten behoeve van zorgtrajecten/traject-financiering

Inhoud van de interventie

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en - eventueel - in welke volgorde?

- Maak een samenvattende beschrijving van de activiteiten. Laat zien wat er concreet gebeurt en hoe.
- Bestaat de interventie uit verschillende onderdelen, stappen of fasen geef dan een samenvatting per onderdeel, stap of fase. Denk daarbij ook aan de wervingsfase, evaluatie en nazorg. Geef eventueel aan welke onderdelen verplicht zijn en welke optioneel.
- Geef informatie die de lezer nodig heeft om zich een goed beeld te kunnen vormen van de praktische uitvoering van de interventie en laat de informatie weg waarin de lezer pas geïnteresseerd is wanneer hij/zij besloten heeft met de interventie aan de slag te gaan.
- Als de beschrijving te lang wordt, werk dan met enkele typerende voorbeelden. Verwijs voor meer informatie naar het handboek voor de uitvoerder(s).
- Bevat de interventie een manier om na te gaan of aanpak en gestelde doelen aansluiten bij de belevingswereld en de behoeften van de cliënten of deelnemers? Denk daarbij weer aan diversiteit in bijvoorbeeld opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, land van herkomst of taal. Geef aan of de aanpak mogelijkheden biedt tot differentiatie in relatie tot de relevante verschillen binnen de doelgroep.
- In deze paragraaf wordt de aanpak uitsluitend beschreven en nog niet onderbouwd. Dat gebeurt onder Onderbouwing (3).

➤ **Voorbeeld G-Voetbal**

Inhoud

De vereniging kan zelf aan de slag met het opzetten van G-voetbal met behulp van de handleiding. Met name in de opstartfase begeleidt de KNVB het proces. Omdat de precieze aanpak lokaal kan variëren worden hieronder op een aantal plekken slechts voorbeelden genoemd. De specifieke kennis van de KNVB-procesbegeleider, de lokale situatie en de aanvraag van de club bepalen het vertrekpunt. Van daaruit worden keuzes gemaakt in werkgroep, doelstellingen, plan van aanpak, etc.

Stap 1: De organisatie (opzet werkgroep, creëren draagvlak)

In deze stap wordt draagvlak gecreëerd bij het bestuur van de vereniging en bij (eventueel) reeds bestaande commissies. Bij voldoende draagvlak binnen de club kan er, in afstemming met de KNVB-procesbegeleider, gestart worden. De coördinator neemt het initiatief in het samenstellen van een werkgroep die het G-voetbal binnen de vereniging zal opstarten en uitvoeren. Hierin nemen bijvoorbeeld plaats: de coördinator zelf, een (eventueel al beschikbare) trainer, een geïnteresseerde ouder en (een vertegenwoordiging van) het bestuur van de voetbalvereniging.

Stap 2: Inventarisatie huidige situatie vereniging

De werkgroep gaat inventariseren of het vanuit de vereniging mogelijk is om G-voetbal op te zetten. Daarnaast wordt gekeken naar de omgeving van de club, hier moeten voldoende potentiële spelers zijn om een G-voetbalteam op te zetten. Om dit te doen is het belangrijk om te inventariseren met welke instanties en verenigingen kan worden samengewerkt (zie locatie en uitvoerders). Mogelijk kan een buurtsportcoach in deze fase ondersteunen bij het tot stand brengen van samenwerking tussen diverse partijen. Indien er geen buurtsportcoach beschikbaar is zal de vereniging zelf contact tussen de verschillende partijen moeten leggen.

Stap 3: Doelstelling vereniging bepalen

De werkgroep benoemt concreet wat de club wil bereiken met en bij de inzet van G-voetbal. In ieder geval wordt de doelgroep bepaald (jeugd, senioren of beiden), wat het einddoel is (structureel trainen en/of instroom in een competitie) en waaraan het kader moet voldoen (minimaal cursus G-voetbaltrainer). Maar ook kan worden gedacht aan een gewenst aantal teams/leden, of het aantal keer per week dat er een trainingsmoment plaats zou moeten vinden. Daarnaast kan een vereniging ook verenigingsdoelstellingen formuleren, zoals 'het verkrijgen van een beter imago' of 'ledenwinst'.

Stap 4: Plan van aanpak opstellen

Na het bepalen van hoofd- en subdoelen zal de werkgroep voor ieder doel een plan van aanpak opstellen. Per doelstelling moet duidelijk zijn hoe deze wordt bereikt, waar op korte en lange termijn actie nodig is, welke middelen er nodig zijn, of er samenwerking nodig is met andere partijen en als dit het geval is met wie en als laatste welke prioriteit ieder actiepunt heeft. Actiepunten hangen af van de lokale situatie die in stap 2 in kaart is gebracht en van de gestelde

doelen uit stap 3. De KNVB-projectmedewerker (die contact heeft met de coördinator bij de club) en de handleiding G-voetbal ondersteunen hierin.

Stap 5: Werving

In deze stap wordt gekeken hoe G-voetbal onder de aandacht van de doelgroep gebracht kan worden. Een buurtsportcoach kan hier een belangrijke rol bij spelen. Hij legt het contact met de vindplaatsen van potentiële deelnemers (onderwijs voor jeugd en zorg/welzijn/etc. voor senioren). Als er geen mogelijkheid is om samen te werken met een buurtsportcoach zullen mensen binnen de werkgroep contacten moeten leggen. Hier worden als eerste de professionals op de genoemde vindplaatsen benaderd. Ten eerste omdat zonder hen geen toegang is tot de te werven einddoelgroep; ten tweede om te zorgen dat zij blijvend potentiële deelnemers kunnen blijven doorverwijzen. Ook worden andere voetbalclubs in de regio geïnformeerd over de plannen voor het starten met G-voetbal. Potentiële G-voetballers (uitvallers van regulier aanbod) van die club zijn dan welkom bij het nieuw te starten G-team. De buurtsportcoach en/of clubcoördinator gaat vervolgens langs de vindplaatsen om informatie te verspreiden onder de einddoelgroep. Dit kan, in overleg met de professionals, op de vindplaats door middel van kennismakingslessen, presentaties, flyers en/of de DVD (zie materiaal). De club geeft daarnaast binnen de regio bekendheid aan de plannen via website, regionale kranten, flyers etc.

Stap 6: Informatieavond/demonstratietraining voor deelnemers en eventueel ouders

Geïnteresseerde G-voetballers, ouders, begeleiders en/of clubleden kunnen worden uitgenodigd voor een informatieavond bij de club. Dit kan in combinatie met een praktijksessie op het veld gedaan worden. Hierdoor komt iedereen in aanraking met de laagdrempeligheid van G-voetbal. Spelers hebben vaak veel plezier tijdens deze demonstratietraining, dit kan een positief effect hebben op de mening die ouders, begeleiders en clubleden over het G-voetbal hebben. Deze stap kan als laatste stap van de werving worden beschouwd. Tijdens de informatieavond wordt ook aandacht besteed aan bijvoorbeeld de rol van ouders/verzorgers. Duidelijk moet zijn wat zij kunnen bijdragen (ondersteuning bij de omgang met hun kind, vervoer, misschien wel optreden als teamleider of scheidsrechter, etc.) en wat er minimaal van hen wordt verwacht.

Stap 7: Structurele activiteiten aanbieden (G-voetbal)

Vervolgens wordt gestart met het structureel aanbieden van de door de doelgroep afgestemde activiteiten van trainingen, oefenwedstrijden, competitie en/of toernooien. Tijdens trainingen wordt aan de hand van diverse geschikte oefenvormen de sport geleerd. In de standaard vorm van G-voetbal wordt één of twee keer getraind (ongeveer 1 uur per training) en wordt één wedstrijd gespeeld (van 2 keer 30 minuten). In deze stap, tijdens het daadwerkelijk uitvoeren van de trainingen, worden ook eventueel de trainers opgeleid (zie opleiding en competenties).

De KNVB handelt bij G-voetbal vanuit het motto: 'Normaal wat normaal kan, speciaal wat speciaal moet.' De basis is dus regulier voetbal, daaraan zijn de volgende aanpassingen gedaan om de sport geschikt te maken voor mensen met een beperking:

- Er wordt gespeeld met minder spelers (7 tegen 7) en op een kleiner speelveld (half veld) met kleinere doelen (net als bij E- en F-pupillen) om het spel overzichtelijk te houden;
- Er wordt korter gespeeld (maximaal 2x30 minuten, i.p.v. 2x45), om een kleiner beroep te doen op de fysieke capaciteiten van de spelers;
- Er wordt gespeeld zonder de relatief ingewikkelde 'buitenspel' regel, zodat de sport niet onnodig moeilijk wordt;
- Inrollen in plaats van ingooien mag ook;
- Scheidsrechters kunnen in sommige gevallen soepeler met de regels omgaan. Een 'overtreding' kan bijvoorbeeld het gevolg zijn van iemands beperking. Scheidsrechters moeten deze situaties op de juiste waarde inschatten.

Er is een spelregelboekje beschikbaar en ook in de handleiding G-voetbal staan de spelregels. Belangrijk is hierin, zoals gezegd, zoveel mogelijk gelijkgestemde groepen te creëren (zie 'selectie van de doelgroepen').

De meeste groepen beginnen met alleen trainen. Een beginnend G-voetballer is nog niet meteen klaar om ook competitievoetbal te spelen. Sommigen van hen zullen misschien nooit behoefte krijgen aan competitie. Als een team voldoende spelers heeft, kan het instromen bij de G-voetbalcompetities van de KNVB. Hiermee wordt het aanbod voor deelnemers dus langzaam uitgebreid, om toe te werken naar meerdere keren per week structureel bewegen door de

doelgroep. De deelnemers hebben daarom na de demonstratietraining meteen de mogelijkheid om (proef)lid van de vereniging te worden. Teams worden ieder half jaar opnieuw ingedeeld in de competitie om het structurele karakter en de kwaliteit te waarborgen.

2. Uitvoering

Materialen

Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?

- Beschrijf hier welke materialen beschikbaar zijn en geef een korte toelichting op de materialen en hoe ze de interventie ondersteunen. Geef ook aan op welke manier de materialen beschikbaar zijn: waar zijn ze te downloaden of te bestellen?
- Hierbij kan het om de volgende materialen gaan:
 - Een handboek of protocol voor uitvoerend professionals die concreet met de interventie aan de slag willen
 - Materialen voor de werving van deelnemers: bijvoorbeeld flyers, tv-spotjes, website
 - Materialen voor doelgroepen: bijvoorbeeld een werk- of cursusboek, een e-learningmodule, beeldmateriaal
 - Materialen voor de evaluatie van de interventie: bijvoorbeeld een plan van aanpak voor een procesevaluatie, vragenlijsten, een monitoringssysteem
- Geef aan of er materialen zijn voor specifieke subdoelgroepen. Geef daarbij aan op welke wijze de materialen zijn aangepast aan diversiteit binnen de doelgroep, zoals op het gebied van opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, land van herkomst of taal.
- Publicaties die niet direct ondersteunend zijn voor de toepassing van de interventie, worden hier niet opgenomen.

➤ Voorbeeld Individuele Plaatsing en Steun (IPS)

Materialen

Het implementatiepakket van Individuele Plaatsing en Steun (een methodiek om mensen met ernstige psychische aandoeningen te begeleiden naar betaald werk) is een vertaling van de in de Verenigde Staten ontwikkelde Supported Employment Implementation Resource Kit (Becker e.a., 2002). Het pakket bestaat uit de volgende onderdelen:

- Gebruikersgids waarin algemene informatie wordt gegeven over het implementatiepakket, het doel en de betekenis van IPS en achtergronden van IPS (literatuur);
- Schriftelijke informatie voor belanghebbenden, bestaande uit documenten voor cliënten, familieleden, professionals (trajectbegeleiders, casemanagers/zorgcoördinatoren), IPS-projectleiders en voor ggz-coördinatoren/ managers;
- Implementatietips voor ggz-coördinatoren en voor ggz-managers;
- Modeltrouwschaal (2008), waarmee betrokkenen zelf kunnen nagaan in hoeverre hun werkwijze aansluit bij de IPS-criteria;
- Op cliënten gerichte uitkomstmaten, waarmee projecten zelf hun uitkomsten en resultaten kunnen monitoren;
- Werkboek: dit is bedoeld als handleiding voor IPS-professionals en trainer(s). In het werkboek wordt aandacht besteed aan de principes van IPS, de werkwijze en de benodigde vaardigheden. Daarnaast bevat het diverse formulieren en checklists voor de verwijzing, het arbeidsprofiel, het trajectplan, het zoeken van banen en de werkbegeleiding.
- Twee videobanden. In de introductie videoband vertellen diverse betrokkenen over hun ervaringen met IPS. In de interventie demonstratie videoband komen diverse vaardigheden aan de orde die belangrijk zijn voor de implementatie van IPS. Deze videobanden zijn niet vertaald;
- PowerPointpresentatie over de principes en werkwijze van IPS. Vooral te gebruiken bij kick-off bijeenkomsten en andere informatiebijeenkomsten.

Locatie en type organisatie

Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort organisatie(s) kan /kunnen de interventie uitvoeren?

- Geef aan waar de interventie uitgevoerd kan worden (bijvoorbeeld thuis, op school, in een buurthuis, in een zorginstelling, in een sporthal of sportvereniging) en aan welke specifieke eisen de locatie eventueel moet voldoen (bijvoorbeeld dat er de mogelijkheid van een afgesloten ruimte moet zijn).
- Geef informatie over het type organisatie dat de interventie kan uitvoeren (bijvoorbeeld de GGD, een welzijnsorganisatie, een instelling voor jeugdzorg, een onderwijsinstelling, een instelling voor langdurige zorg).

- *Kruis aan tot welke type voorziening de organisaties behoren. Er zijn meerdere opties mogelijk.*

- *Basisvoorziening voor alle kinderen en jongeren*

Bijvoorbeeld: Jeugd- en jongerenwerk, Jeugdgezondheidszorg, kinderopvang, school, welzijnsorganisatie.

- *Voorziening voor lichte hulp en ondersteuning*

Bijvoorbeeld Centrum voor jeugd en gezin, wijkteam, buurtteam, lokaal team.

- *Gespecialiseerde hulp*

Bijvoorbeeld: Ambulante jeugdhulp, GGZ, Jeugdhulp in gezinsvormen (pleegzorg, gezinshuis, buurtgezin), residentiële jeugdhulp.

- Eventueel kun je hier ook de organisaties die de interventie op dit moment uitvoeren benoemen.

➤ **Voorbeeld Individuele Plaatsing en Steun (IPS)**

Locatie en type organisatie

IPS wordt uitgevoerd door trajectbegeleiders die ieder deel uitmaken van een ambulante ggz-team, zoals (F)ACT, casemanagement, psychiatrische thuiszorg of een zorgcoördinatieteam. Arbeidsintegratie volgens IPS is echter niet alleen een zaak van de trajectbegeleiders in deze teams. Door gezamenlijk op te trekken met andere teamleden (psychiaters, verpleegkundigen) heeft de arbeidsintegratie een grotere kans van slagen, zo is de gedachte. Een ander uitgangspunt van IPS is dat de begeleiding zoveel mogelijk 'in de samenleving' plaatsvindt en niet vanuit het kantoor van de ggz-instelling. Dit betekent dat de begeleiding kan plaatsvinden bij de deelnemer thuis, op de werkplek, in een café of bij een uitzendbureau.

Opleiding en competenties

Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties zijn nodig?

- Beschrijf welk opleidingsniveau voor welke uitvoerende professionals en/of vrijwilligers vereist is
- Beschrijf welke aanvullende trainingen, cursussen etc. beschikbaar zijn. Beschrijf daarbij ook of en voor wie deelname hieraan verplicht is (bijvoorbeeld in het kader van licentierechten of omdat het handboek alleen in combinatie met de training vrijgegeven wordt).
- Zijn er ook eisen met betrekking tot ervaring en competenties (vaardigheden, attitude, kennis, inzicht, persoonskenmerken)? Competenties die in het algemeen belangrijk zijn, vallen onder de opleidingseis.
- Denk bij het formuleren van competenties ook aan verschillen binnen de doelgroep waar de uitvoerders mee in aanraking komen zoals opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, land van herkomst of taal.

➤ **Voorbeeld Individuele Plaatsing en Steun (IPS)**

Opleiding en competenties

Om te werken met IPS is een training vereist. Deze wordt in-company aangeboden door Kenniscentrum Phrenos aan ggz-instellingen die IPS willen gaan implementeren. De training is bedoeld voor minimaal hbo-gechoolde professionals werkzaam in de langdurige zorg/rehabilitatie & arbeidsreïntegratie met enige jaren ervaring in het trajectmatig begeleiden van cliënten met ernstige psychische aandoeningen. Relevante vooropleidingen: HBO Personeel en Arbeid, HBO SPH, Post HBO arbeidsdeskundige. Voor een zinvolle deelname moet de deelnemer in de gelegenheid zijn, d.m.v. vrijstelling in uren en taken, om tijdens en na de training individuele IPS-trajecten met cliënten uit te voeren.

In het werkboek van het implementatiepakket worden de eigenschappen van een succesvolle IPS-trajectbegeleider beschreven (Becker e.a., 2002):

- Brede kennis van en ervaring met acquisitie en ontwikkeling van banen;
- Aantoonbare contactuele vaardigheden in de omgang met werkgevers;
- Globale kennis van een breed scala aan beroepen en banen;

- Het vermogen om interesses, sterke punten, vaardigheden, mogelijkheden en persoonlijke doelen van cliënten vast te stellen en om deze met concrete banen in verband te brengen;
- Het vermogen om duurzame hulpbronnen te bedenken en te organiseren die cliënten helpen zich in hun baan te handhaven;
- Kennis van langdurige psychische stoornissen, met inbegrip van behandeling en medicatie, en het effect van deze stoornissen op het functioneren in een werkomgeving;
- Het vermogen om tegenover andere teamleden en werkgevers effectief de belangen van cliënten te behartigen.

Kwaliteitsbewaking

Hoe wordt de kwaliteit van de uitvoering bewaakt?

- Beschrijf hoe en door wie de kwaliteit van de uitvoering bewaakt wordt.
- Wordt bijgehouden of de interventie wordt uitgevoerd zoals bedoeld? Zo ja, beschrijf kort hoe dat gebeurt. Wat wordt gedaan en door wie? Wie is daar verantwoordelijk voor?
- Denk bijvoorbeeld aan registratie en evaluatie van activiteiten en resultaten (zoals Routine Outcome Monitoring), certificering, licenties, training, instellen van een stuurgroep.
- De uitkomsten van de registratie/evaluaties kunnen worden beschreven in hoofdstuk 4 (onderzoek)

➤ **Voorbeeld Individuele Plaatsing en Steun (IPS)**

Kwaliteitsbewaking

Er zijn verschillende uiteenlopende manieren om de kwaliteit te bewaken, met behulp van meer of minder systematische methoden (denk aan tussentijdse evaluatiebesprekingen, monitoring van het proces, monitoring van de uitkomsten, onderzoek en modelgetrouwheidsmetingen). In het onderstaande geven we een voorbeeld van een heel systematische en vrij uitgebreide werkwijze: de modelgetrouwheidsmeting met behulp van een modelgetrouwheidschaal. Niet alle interventies lenen zich voor een modelgetrouwheidsmeting. Uit onderzoek blijkt echter dat de mate waarin interventies modelgetrouw worden toegepast, medebepalend is voor de kwaliteit van de uitkomsten. We nemen IPS als voorbeeld. Voor het monitoren van de kwaliteit van IPS speelt modeltrouw een belangrijke rol; hoe goed wordt volgens de IPS-uitgangspunten gewerkt? Hiervoor is een zogenaamde modelgetrouwheidschaal ontwikkeld met vragenlijsten t.b.v. interviews en scoreformulier. Deze schaal bestaat uit 25 items, verdeeld over drie secties: bezetting team (3 items), organisatie (8 items) en arbeidsondersteuning (14 items). Ieder item wordt gescoord aan de hand van een vijftal ankerpunten. De informatie wordt ingewonnen via interviews en observaties en (beperkt) dossieronderzoek. De Nederlandse versie is getest in audits bij zes IPS-praktijken (Hulsbosch, Michon & Van Weeghel, 2012). De IPS-modeltrouwschaal wordt afgenomen door auditoren van Kenniscentrum Phrenos. Een voldoende score op de IPS modeltrouwschaal is nodig om een IPS-keurmerk te krijgen. Dit keurmerk wordt door financiers, zoals het UWV en gemeentes, als voorwaarde gesteld en is een jaar geldig. De modeltrouwmeting dient dus jaarlijks te worden verricht.

Randvoorwaarden

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

- Organisatorische randvoorwaarden zijn de randvoorwaarden waaraan voldaan moet worden op het niveau van de uitvoerende organisatie. Denk bijvoorbeeld aan draagvlak bij uitvoerende professionals, werkbegeleiders, managers en directie; mogelijkheden tot samenwerking en overleg; geld; tijd; de beschikbaarheid of indeling van ruimtes.
- Contextuele randvoorwaarden zijn de vereiste voorwaarden met betrekking tot de sociale, politieke of culturele setting waarin de interventie wordt uitgevoerd. Denk bijvoorbeeld aan de samenwerking met andere organisaties. Of aan randvoorwaarden zoals verkeersveiligheid, openbaar toegankelijke sportfaciliteiten of de demografische samenstelling van een wijk waarin de interventie wordt uitgevoerd (geletterdheid, inkomen, culturele normen en waarden en toegang tot media en voorzieningen).

➤ **Voorbeeld Individuele Plaatsing en Steun (IPS)**

Randvoorwaarden

Uit implementatieonderzoek (Van Erp e.a., Van Giesen e.a.) blijkt dat IPS in Nederland alleen kans van slagen heeft als aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Allereerst moeten GGZ-instellingen die IPS willen invoeren, voldoende tijd nemen om de financiering en andere randvoorwaarden voor het project goed te regelen. Voldoende tijd en middelen moeten worden vrijgemaakt om in ieder geval tijdens het eerste halfjaar een fulltime projectleider te kunnen aanstellen.

Voorts vereist goed projectmanagement dat er niet te veel vernieuwingen tegelijkertijd worden ingevoerd; men moet zich volledig kunnen concentreren op een ingrijpende vernieuwing als IPS. Verder is het zaak om ggz-teams van begin af aan bij de implementatie te betrekken: naast de trajectbegeleiders moeten ook de ggz-teamleden een basale training in het werken met IPS krijgen. Tot slot mogen IPS-trajecten niet bij voorbaat mislukken vanwege het uitblijven van financiering. De IPS-praktijk in Nederland is daarom zeer gebaat bij wetten, regelingen en uitvoerende instanties die de arbeidsintegratie van mensen met (psychische) beperkingen daadwerkelijk faciliteren.

Implementatie

Is er een systeem voor implementatie?

- In een implementatieplan wordt beschreven hoe de interventie *lokaal* of op *organisatieniveau* ingevoerd kan worden: wat zijn daarbij de fases en op welke wijze kan rekening gehouden worden met factoren die van invloed zijn op de implementatie.
- Mogelijk is er een implementatieplan beschikbaar van een locatie waar de interventie al is ingevoerd. In dat geval kan het een goed voorbeeld zijn voor andere organisaties die de interventie ook willen gaan gebruiken. Voeg een implementatieplan als bijlage toe aan het werkblad.
- Is er op *landelijk* niveau voorzien in ondersteuning van de implementatie? Bijvoorbeeld een plan voor landelijke verspreiding van de interventie, een systeem om lokale implementatie landelijk te ondersteunen, zoals een helpdesk of contactpersoon, een training voor uitvoerenden of de mogelijkheid expertise in te huren.

➤ Voorbeeld implementatieplan sCOOLsout

Voor de implementatie op stedelijk en regionaal niveau maken we gebruik van het implementatiemodel van Fleuren, Wiefferink en Paulussen (2004). Er is een implementatieplan waarin voor iedere implementatiefase is aangegeven welke interventies daarvoor worden ingezet.

Voor de disseminatiefase:

- Voorlichtingsactiviteiten, zoals website, nieuwsbrieven, pers-uitingen en veel persoonlijke communicatie via projectcoördinator met iedere school
- Begeleidingscommissie communiceert en stimuleert eigen achterban

Voor de adoptiefase:

- Op maat motiveren van scholen door projectcoördinator
- Ervaren scholen en aandacht functionarissen collegascholen/collega's laten inspireren
- Jaarlijkse inspiratiedag
 - Theatervoorstelling om docenten en scholen te motiveren
 - Stimulans vanuit bestuurlijk en politieke niveau
 - Ouders in stelling brengen om aandacht voor seksuele diversiteit te vragen van scholen
 - Monitor-gegevens over de opvattingen van leerlingen van de eigen school vanuit EMOVO

Voor de gebruiksfase:

- Handleiding en website
- Persoonlijke ondersteuning van de projectcoördinator
- Ondersteuning vanuit het Gezonde Schoolteam op het thema seksuele gezondheid
- Inspiratiedag met workshops

Voor de behoudsfase/verankering:

- Vierjaarlijks convenant
- Langjarige financiering van de ondersteuningsstructuur
- Verankering in het beleid van scholen
- Verankering in het beleid van de boven schoolse koepels

Meer informatie

Meer informatie over implementatie is te vinden via:

- www.tno.nl: zoek op succesvol implementeren
- www.tno.nl/midi
- www.zonmw.nl/nl/themas/thema-detail/implementatie/tips-vooraf/
- Fleuren, M.A.H. (2010). *Essentiële activiteiten en infrastructuur voor de landelijke invoering en monitoring van het gebruik van de JGZ-richtlijnen*. Leiden:TNO Kwaliteit van Leven.
- Fleuren, M. A. H., de Jong, O. R. W. (2006). *Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van standaarden in de jeugdgezondheidszorg*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven

Kosten

Wat zijn de kosten van de interventie?

- Geef aan wat de totale kosten of de belangrijkste kostenposten zijn voor de uitvoering van de interventie.
- Maak daarbij onderscheid tussen:
 - De personele kosten: wie binnen de eigen organisaties is hoeveel uren kwijt aan de implementatie, ondersteuning, uitvoering en kwaliteitszorg van de interventie
 - De materiële kosten: denk aan benodigde materialen, zaalhuur, de kosten voor het inhuren van personeel van buiten, training, communicatie/PR, werving, eventuele kosten voor licentie of registratie.
- Als het gaat om de personele inzet gaat de voorkeur uit naar het beschrijven van uren in plaats van kosten, aangezien het uurtarief niet overal hetzelfde is. Geef wel altijd een indicatie van het uurtarief.
- Maak eventueel een onderscheid tussen vaste en variabele of optionele kosten.
- Als de kosten per uitvoering kunnen variëren, geef dan een representatief voorbeeld of gemiddelde.

➤ Voorbeeld Individuele Plaatsing en Steun (IPS)

Kosten

De kosten voor het traject worden in nader overleg vastgesteld.

De kosten voor een reguliere in-company traject bedragen in 2014, afhankelijk van de groepsgrootte:

€ 18.610,- voor een implementatie en scholingstraject voor een groep van 6 – 8 deelnemers

€ 21.220,- voor een implementatie en scholingstraject voor een groep van 9 – 12 deelnemers

Deze bedragen zijn inclusief materiële kosten. Voor personele kosten moet per medewerker worden uitgegaan van een training van 14 x 3 uur. Indien gewenst kan een IPS implementatie- en scholingstraject op maat worden aangeboden. Hiervoor geldt een aangepast tarief.

➤ Voorbeeld Families First

De kosten van de uitvoering van de interventie zijn 7.179 euro (prijspeil jaar 2013). Dit bedrag bestaat uit:

- Directe personeelskosten: 3.850 euro (de inzet van de gezinsmedewerker)
- Indirecte personeelskosten: 2.553 euro (teamleiding, gedragswetenschapper etc).
- Overige kosten: huisvesting (77 euro), apparaatskosten (157 euro) en overige overhead (542 euro).

De licentiekosten per locatie zijn 3.000 euro. Sommige locaties met een klein LVG-team betalen 1000 euro en het grotere regulier FF-team - waar men mee samenwerkt - betaalt de overige 2000 euro. Van deze licentiekosten worden de kwaliteitstoetsing, de doorontwikkeling van materialen en de overleggen betaald.

De teamleiderstraining bestaat uit 6 dagdelen en kost 750 euro per persoon (open inschrijving). De basistraining voor gezinsmedewerkers bestaat uit 10 dagdelen en kost 1.150 euro per persoon (open inschrijving).

3. Onderbouwing

Algemene informatie

- De onderbouwing maakt aannemelijk dat een interventie zou kunnen werken.
- Een onderbouwing is een samenhangend verhaal dat uitlegt waarom het beoogde doel te bereiken is met een bepaalde aanpak bij een bepaalde doelgroep.
- Maak gebruik van literatuur om de onderbouwing te ondersteunen.
- Het antwoord op onderstaande vragen leidt tot de kern van de onderbouwing.

Probleem

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.

- *Aard:* Geef een definitie van het probleem of risico en beschrijf de kenmerken ofwel de symptomen.
- *Ernst:* Geef zo goed mogelijk een indicatie van de omvang van het probleem of risico bij de uiteindelijke doelgroep: hoeveel personen hebben het probleem of lopen risico daarop (prevalentie) en hoeveel nieuwe gevallen zijn er in een bepaald jaar of periode (incidentie)?
- *Spreiding:* Geef zo goed mogelijk een indicatie van de spreiding van het probleem. Speelt het probleem of risico bijvoorbeeld vaker op het platteland dan in grote steden of vaker in bepaalde regio's? Zijn er verschillen bekend in de aard, ernst of spreiding (vraag 1a en 1b) voor een bepaalde groep of groepen (denk bijvoorbeeld aan opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, land van herkomst of taal)?
- *Gevolgen:* Geef aan wat de gevolgen van het probleem als er nu niet wordt ingegrepen. Het gaat daarbij zowel om materiële als immateriële gevolgen, zowel voor de doelgroep als voor de maatschappij.

➤ Voorbeeld Preventie Alcohol Scholieren (PAS)

Recent onderzoek laat zien dat kinderen in Nederland op steeds jongere leeftijd alcohol drinken. De maandprevalentie van alcoholgebruik is tussen 1992 en 2003 onder scholieren van het voortgezet onderwijs (12-16 jaar) gestegen van 40% tot 57%. Nog verontrustender is dat de maandprevalentie onder de jongste groep (12 tot 14 jaar) bijna is verdubbeld in deze periode (de stijging onder de oudere leeftijdsgroep was veel minder sterk). Cijfers uit 2003 lieten zien dat de helft van de kinderen uit groep 7 of 8 van de basisschool al ooit alcohol heeft gedronken en dat één op de 5 dit de afgelopen maand heeft gedaan (Monshouwer et al., 2004). Als jongeren drinken blijft het vaak niet bij een glaasje. Een Nederlandse studie wees uit dat na het eerste alcoholgebruik, de consumptie van jongeren al snel toeneemt (Monshouwer et al., 2003).

De gevolgen hiervan zijn aanzienlijk. Uit onderzoek blijkt steeds duidelijker dat het drinken van (grote) hoeveelheden alcohol op jonge leeftijd ernstige gevolgen heeft op de ontwikkeling van de hersenen (Tapert et al., 2002; Hiller-Sturmhöfel et al., 2004). Daarnaast is bij geweld, vandalisme, onveilige seks en ongevallen vaak alcohol in het spel (Hingson et al., 2000; Bonomo et al., 2001; Verdurmen et al., 2006). Tevens blijkt uit onderzoek dat het op vroege leeftijd beginnen met het drinken van alcohol een belangrijke risicofactor is voor latere verslavingsproblemen (DeWit et al., 2000; Grant et al., 2006; Verdurmen et al., 2006) en dat de kans dat vroege starters later stoppen met alcoholgebruik kleiner is vergeleken met hen die op latere leeftijd met het gebruik van alcohol zijn begonnen (DeWit et al., 1997).

Meer informatie

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

- www.cbs.nl voor statistische informatie
- www.scp.nl voor informatie op sociaal en cultureel terrein
- www.nji.nl voor informatie over jeugd en opvoeding
- www.movisie.nl voor informatie over sociale vraagstukken
- www.nisb.nl voor informatie over sport en bewegen
- www.ncj.nl voor informatie over jeugdgezondheid
- www.huiselijkgeweld.nl voor informatie over huiselijk geweld
- www.pharos.nl voor informatie over gezondheid van/zorg voor migranten en laagopgeleiden
- www.trimbos.nl voor informatie over psychische gezondheid

- www.vilans.nl voor informatie over ouderen- en gehandicaptenzorg
- www.zorgvoorbeter.nl voor informatie over verpleging, verzorging en zorg thuis voor ouderen
- www.kennispleingehandicaptensector.nl voor informatie over de gehandicaptenzorg

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

Oorzaken

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

- Om goed te kunnen onderbouwen waarom de interventie in staat is dat probleem te voorkomen, te verminderen of te verhelpen, is eerst een analyse nodig hoe dat probleem ontstaat.
- Beschrijf daartoe welke factoren (determinanten) het probleem veroorzaken, in stand houden, verergeren en/of verzwakken. Met andere woorden, beschrijf de beschermende - en risicofactoren die met het probleem samenhangen.
- Als u hierbij gebruik maakt van een algemene theorie of model over het ontstaan van problemen, maak dan aannemelijk dat dit model ook van toepassing is op het specifieke probleem of doelgroep waar de interventie voor bedoeld is.
- Vermeld altijd de bronnen waarop je probleemanalyse is gebaseerd en maak gebruik van recente bronnen, liefst niet ouder dan 10 jaar.

➤ Voorbeeld Preventie Alcohol Scholieren (PAS)

Jongeren

Uit onderzoek blijkt dat jongeren met een hogere zelfcontrole en een gezondere attitude t.a.v. alcohol later beginnen met drinken en ook minder alcohol drinken (Kam et al., 2009). Dus, jongeren die sterker in hun schoenen staan en 'nee' kunnen zeggen als er alcohol wordt aangeboden en jongeren die vinden dat alcoholgebruik op hun leeftijd niet geaccepteerd is, beginnen op een latere leeftijd met drinken. Dit is in overeenstemming met de theorie van gepland gedrag (Ajzen & Fishbein, 1980) en de sociale cognitieve theorie (Bandura, 1996), waarin zelfcontrole en attitude belangrijke factoren zijn. Daarnaast is ook de sociale norm met betrekking tot alcoholgebruik, die in een groep heerst van invloed op de alcoholconsumptie. Deze kan zowel beschermend zijn als aanzetten tot gebruik (Schrijvers & Schuit, 2010). Daarbij kan ook sociale druk een rol spelen (Borsari & Carey, 2001). Bij jongeren staat een lage eigen-effectiviteitsverwachting in relatie met meer gebruik van alcohol (Norman, 1998) en drugs (Armitage, 1999; Barkin, Smith & Durant, 2002; Conner, 1999).

Ouders

De laatste jaren is er veel aandacht voor de rol van ouders in het alcoholgebruik van hun kind. Het blijkt dat ouders middels de alcohol-specifieke opvoeding, een grote invloed hebben op het drinkgedrag van hun kind. De meeste jongeren krijgen hun eerste glas alcohol thuis, en een groot deel van hun alcoholconsumptie vindt thuis plaats (Monshouwer et al., 2004). Voor de beschikbaarheid van alcohol op jonge leeftijd spelen ouders dus een sleutelrol. De restrictiviteit van de regels die ouders thuis stellen voor het gebruik van alcohol heeft een zeer grote invloed op de alcoholconsumptie van hun kinderen, vooral als de kinderen nog niet zijn gaan drinken (Koning et al., 2010; Van der Vorst et al., 2005, 2006; Van Zundert et al., 2006; Yu, 2003). Hieruit volgt dat beïnvloeding van opvoedingsgedrag van ouders een belangrijke component van een interventie kan zijn, met name bij jonge kinderen. Als ouders regelmatig en veel drinken (voorbeeldgedrag), is de kans groter dat kinderen op jonge leeftijd gaan drinken en meer gaan drinken in de toekomst. Veel jongeren beginnen thuis, samen met hun ouders, te drinken. Drinkende ouders stellen minder regels, hebben minder vertrouwen in hun aanpak en onderschatten vaak wat hun kinderen drinken. Het blijkt echter dat alle ouders (ook drinkende ouders) iets kunnen doen om te voorkomen dat hun kinderen vroeg en veel gaan drinken. (Engels en van der Vorst, 2006).

Aan te pakken factoren

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

- Niet alle factoren die in de vorige vraag zijn genoemd zullen te beïnvloeden zijn met een interventie (denk bijvoorbeeld aan genetische factoren, armoede of ervaringen uit het verleden).
- De tweede stap van de onderbouwing is daarom aan te geven welke beïnvloedbare factoren de interventie aanpakt.
- Laat vervolgens zoveel mogelijk zien welk gesteld (sub)doel bij welke factor hoort.

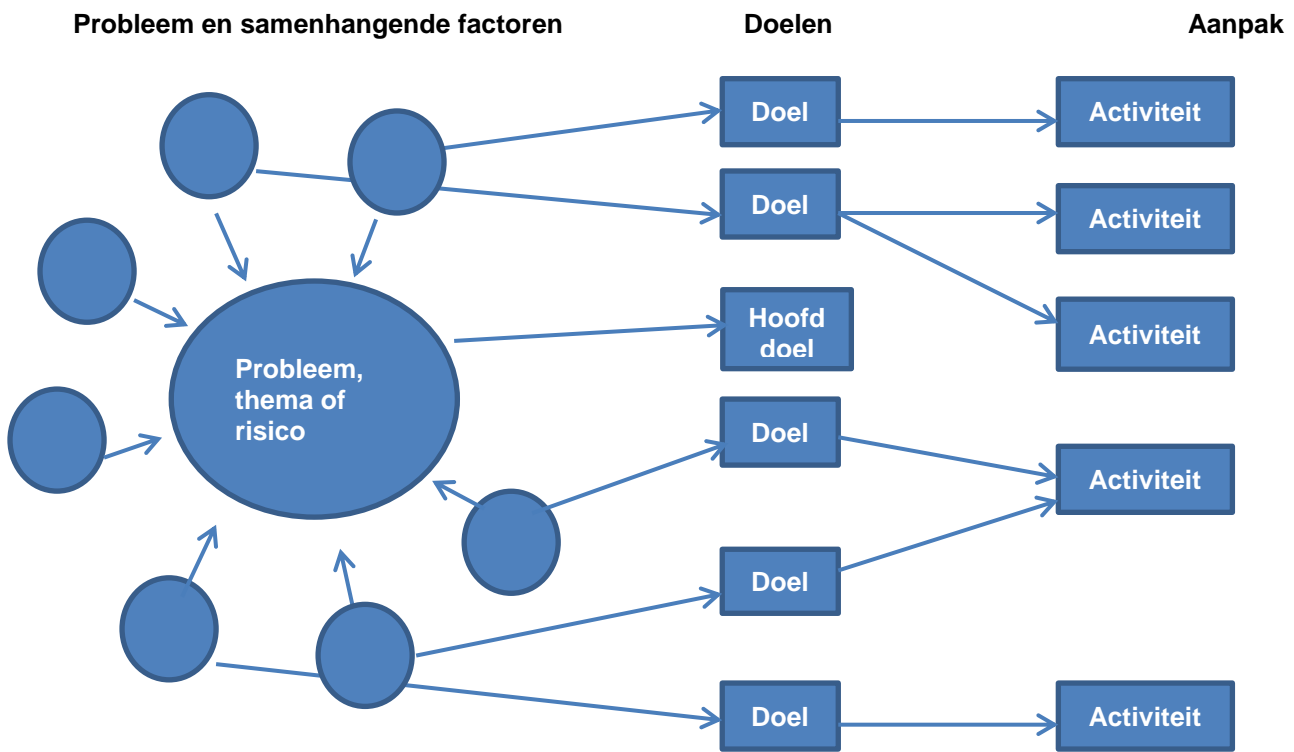
➤ Voorbeeld Preventie Alcohol Scholieren (PAS)

De leerling-interventie van PAS is een onderdeel van De gezonde school en genotmiddelen (Cuijpers et al., 2002). Deze interventie is gebaseerd op het ASE-model, welke is afgeleid van de theorie van gepland gedrag (Ajzen & Fishbein, 1980) en de sociale cognitieve theorie (Bandura, 1996). Het ASE-model veronderstelt dat attitude, sociale invloed en eigeneffectiviteit via gedragsintenties het gedrag bepalen. Op deze factoren richt de PAS-interventie zich. De daarbij passende subdoelen zijn: *Versterken van een negatieve attitude en verhogen van de zelfcontrole bij jongeren ten aanzien van alcoholgebruik*. Daarnaast richt de PAS-interventie zich op de ouders. Verschillende onderzoeken laten zien dat het betrekken van zowel ouders als jongeren effectiever is dan het betrekken van een van beide (Smit et al., 2008; Spoth et al., 2008). Dit sluit aan bij het subdoel: *Verhogen van het aantal ouders dat hun kind geen alcohol laat drinken*.

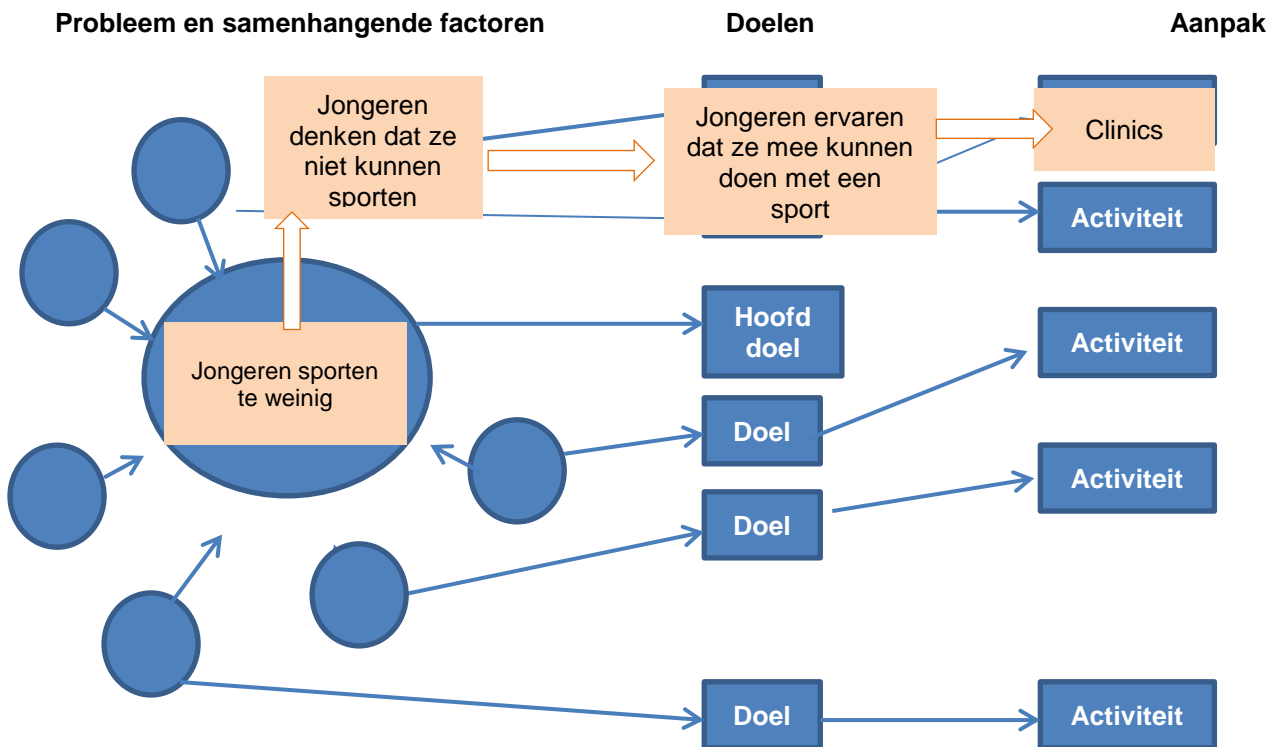
Verantwoording

Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.

- Geef per subdoel kort aan welke aanpak gebruikt wordt om dat subdoel te bereiken. Dus: welk onderdeel in de interventie, zorgt ervoor dat het betreffende subdoel wordt behaald.
- Geeft vervolgens aan waarom de gekozen aanpak in staat is om bovenstaande factoren te beïnvloeden en de subdoelen te bereiken. Maak daarbij gebruik van relevante theorieën en modellen en/of onderzoek dat laat zien dat soortgelijke aanpakken/interventies werken. Je kunt daarbij ook kort de resultaten van het eigen effectiviteitsonderzoek benoemen. Uitgebreide toelichting beschrijf je bij het onderdeel Effectiviteit.
- Onderbouw daarnaast dat de gekozen aanpak werkt voor de doelgroep van de interventie. Denk ook aan mogelijke verschillen binnen de doelgroep in bijvoorbeeld opleidingsniveau, geslacht, leeftijd, land van herkomst of taal.
- Voor interventies die uit meer dan drie onderdelen bestaan bevelen wij aan om een schema of overzicht te geven waarin het verband tussen onderdelen, (sub)doelen en (sub)doelgroepen inzichtelijk wordt gemaakt (zie voorbeeld).
- Om te komen tot een redenering voor de onderbouwing kan onderstaand schema worden gebruikt welke de samenhang tussen de probleemanalyse, doelen en aanpak inzichtelijk maakt (dit schema is **niet** bedoeld om in je interventiebeschrijving op te nemen, maar als oefening om de manier van redeneren aan te geven).



Het schema ingevuld voor het probleem 'Jongeren sporten te weinig' (NB: in dit schema is slechts één beïnvloedende factor ingevuld)



➤ Voorbeeld Preventie Alcohol Scholieren (PAS)

Jongeren

De attitude wordt bepaald door de afweging die iemand maakt tussen de verschillende uitkomstverwachtingen. Door te focussen op specifieke voor- en nadelen kan de attitude worden veranderd (O'Keefe, 2002; Koning et al., 2010). Een verandering in attitude kan verder optreden als gevolg van overredende communicatie. Daarbij moeten de argumenten aansluiten bij de belevingswereld, refereren aan korte termijn uitkomsten en gebaseerd zijn op duidelijke causale verbanden tussen het gedrag en de voor- en nadelen (O'Keefe, 2002). Gebruik maken van geanticiperde spijt is tevens een manier om de attitude te veranderen. Dit kan worden gerealiseerd door mensen te laten nadenken over de gevoelens die ze zouden hebben na het uitvoeren van ongewenst gedrag (Sandberg & Conner, 2008).

In de leerling-interventie vindt de focus op specifieke voor- en nadelen plaats door in te gaan op redenen om wel of niet te drinken. In lijn met de voorwaarden voor overredende communicatie gaan de opdrachten met name in op de kortetermijneffecten van alcohol. Zo wordt er ingegaan op de nadelige invloed van alcohol op verkeer, ongewenste seks, gewicht en agressie. Ook komen de risico's van overmatig drankgebruik aan bod. Hiertoe identificeren leerlingen zich met een leeftijdsgenootje die door comazuipen in het ziekenhuis is beland. Spijt komt in de interventie terug in de vorm van ongewenste uitkomsten ten gevolge van alcoholgebruik (bijvoorbeeld in het ziekenhuis belanden, zoenen met een 'ander'). Leerlingen denken na over mogelijke gevoelens en reacties bij dergelijke uitkomsten.

Er zijn verschillende effectieve methodieken om de **sociale invloed** te veranderen: door het corrigeren van misverstanden (Berkowitz, 2005), door het versterken van de assertiviteit en de weerbaarheid (Bandura, 1986; Petty & Wegner, 1998) en door middel van model-leren (Brug, 2007). Het versterken van de assertiviteit en weerbaarheid en model-leren heeft ook invloed op de zelfcontrole van jongeren. Zelfcontrole is een sterke voorspeller van alcoholgebruik en effectieve alcoholinterventies zijn vaak gericht op het verhogen van de zelfcontrole (Kam et al., 2009; Foxcroft et al., 2003; Tobler et al., 2000; Koning et al., 2010).

Het corrigeren van misverstanden vindt in de e-learning interventie plaats door jongeren vragen te laten maken die ingaan op het werkelijke gebruik onder jongeren, de werkelijke ervaringen van jongeren en de werkelijke opvattingen van jongeren (meisjes vallen niet op dronken jongens). Het versterken van de assertiviteit en weerbaarheid gebeurt door jongeren opdrachten te laten maken die ingaan op groepsdruk, de invloed van anderen en de invloed van reclame. Door het gebruik van een rolmodel (populaire jongere) in een filmpje is model-leren in de interventie toegepast. Het rolmodel geeft aan dat hij zich van dansen alleen al prettig voelt en drank niet nodig is. Je moet je niet door je vrienden laten overhalen om te drinken als je dat niet wilt.

Door middel van model-leren en begeleid leren en feedback (Brug, 2007) kan **de eigen-effectiviteitsverwachting** worden beïnvloed (Graham, 1991; Brug, 2007; Den Boer et al., 1991). Bij begeleid leren leert men de gevolgen van het gedrag door actieve oefening. In de leerling-interventie is dit verwerkt door leerlingen na te laten denken over hoe zij in bepaalde situaties handelen, bijvoorbeeld op een schoolfeest. Leerlingen krijgen bijvoorbeeld een reeks filmpjes te zien van een jongen op een schoolfeest. Leerlingen kunnen zelf kiezen of de jongen drank weigert of niet. Bij herhaalde weigering van de leerling om mee te drinken, loopt het filmpje goed af.

Ouders

Verschillende onderzoeken laten zien dat het betrekken van zowel ouders als jongeren effectiever is dan het betrekken van een van beide (Smit et al., 2008; Spoth et al., 2008). Zowel de opvoeding bij ouders als de zelfcontrole en attitude bij jongeren zijn vaak een target bij alcohol preventieprogramma's. Uit een review van Faggiano et al. (2008), bleek dat de meeste interventies gericht op jongeren inderdaad de zelfcontrole en attitude van jongeren ten gunste beïnvloedden. Ook studies gericht op ouders laten zien dat restrictief opvoeden veranderd kan worden door een interventie (Ennet et al., 2001; Koutakis et al., 2009; Park et al., 2000). Er is echter weinig bekend over het toegevoegde effect van een gecombineerde ouder-kind interventie op de veranderbare factoren.

In de ouderinterventie, die is gebaseerd op het Zweedse programma OPP (Koutakis et al., 2008), worden ouders aangemoedigd om strikte attitudes ten aanzien van vroegtijdig drinken te ontwikkelen en om strikte regels te stellen rondom het alcoholgebruik van hun kind.

De resultaten van effectonderzoek naar PAS laten zien dat het beginnen met (zwaar) wekelijks drinken alleen uitgesteld kan worden als zowel ouders als jongeren worden betrokken in het programma. Deze effecten zien we terug na 10, 22 en 34 maanden als de jongeren respectievelijk 13, 14 en 15 jaar zijn (Koning et al., 2009; Koning et al., submitted). Het benaderen van alleen ouders of alleen jongeren heeft geen significant effect op het uitstellen van drinken.

Een toename in de zelfcontrole van jongeren en in het stellen van restrictieve regels door ouders zijn mechanismen die verantwoordelijk zijn voor het effect in de PAS-interventie (Koning et al., 2010). De afzonderlijke ouder interventie beïnvloedde wel de attituden van ouders, echter dit was niet voldoende om een verandering in de uitkomstmaat (alcoholgebruik van jongeren) te bewerkstelligen. Deze bevindingen ondersteunen het belang van het betrekken van zowel jongeren als hun ouders in alcoholpreventie. Tevens blijkt dat de zelfcontrole van de jongere en de strikte regels die door ouders worden gesteld belangrijke mechanismen zijn om het alcoholgebruik van jongeren uit te stellen.

➤ **Voorbeeld schema onderbouwing Club2Move**

Club2Move' zet in op het vergroten van kennis over een gezonde leefstijl en over de risico's van ongezond leven, het veranderen van de attitude ten opzichte van een gezonde leefstijl, het veranderen van de sociale norm in de omgeving van de jongeren, het vergroten van de eigen effectiviteit en het wegnemen/ verminderen van zowel persoonlijke als externe barrières. In een tabel ziet dat er als volgt uit:

Tabel. Relatie aanpak, doelen en factoren Club2Move (gebaseerd op Brug et al., 2010)

Factor	Doelen	Methode	Aanpak Club2Move
Kennis	Deelnemers kunnen benoemen wat een gezonde en actieve leefstijl inhoudt.	Combinatie van actief leren en participatie (Bandura, 1986).	Jongeren worden betrokken bij organisatie en uitvoering van sportactiviteiten en activiteiten op gebied van gezonde voeding. Ze denken mee over de inhoud, doen bijvoorbeeld zelf de boodschappen, maken flyers, biedend e activiteit aan leeftijdsgenoten aan.
	Deelnemers weten welk sportaanbod er in hun wijk is.	Informatieoverdracht (Schaalma en Kok, 2010), actief leren (Bandura, 1986).	Aanbod van sportkennismakingstrajecten door sportaanbieders uit de wijk.
	Deelnemers weten de normen voor bewegen, ontbijten, frisdrank, tv/computergebruik (BOFT-gedragingen).	Informatieoverdracht (Schaalma en Kok, 2010), actief leren (Bandura, 1986).	Voorlichting door professionals (bv. sportdocent, jongerenwerker, medewerker GGD); door gezonde keuzes (naast of i.p.v. ongezonde keuzes) aan te bieden in het jeugdhonk wordt de kennis over gezonde voeding vergroot.
Risico-perceptie	Deelnemers weten de risico's voor zichzelf van ongezond gedrag op et gebied van bewegen en voeding.	Informatie geven over relatie tussen gedrag en gezondheid (Weinstein & Sandman, 2002).	Voorlichting door professionals (o.a. van de GGD) over het belang van bewegen en gezonde voeding en daarnaast informatie t.b.v. bewustwording van wat gezond is en wat niet/minder.
	Deelnemers weten dat zij voor deelname aan Club2Move ongezond gedrag vertoonden.	Confrontatie met eigen gedrag/situatie (Rothman & Kiviniemi, 1999).	Afname fittest en gesprekken met professionals.

Attitude	Deelnemers kunnen positieve aspecten van sport & gezonde voeding benoemen.	Nadelen van gewenst gedrag afzwakken, voordelen versterken (Witte, 1995), positieve emoties opwekken/laten ervaren (Monahan, 1995): directe ervaring (Malbach & Cotton, 1995)	Voorlichting door sportdocent, ervaring tijdens sportactiviteiten. Ervaring met gezonde keuzes in jeugdhonken + zelf gezonde snacks maken tijdens evenementen.
	Deelnemers staan positief tegenover het organiseren van en deelnemen aan sportactiviteiten	Directe ervaring (Malbach & Cotton, 1995)	Sportdocent werkt vraaggericht en daagt hiermee uit tot participatie in organisatie en activiteiten: hij/zij gaat in gesprek met jongeren op zoek naar hun vraag en draagt samen met de jongeren zorg voor uitvoering ervan.
	Deelnemers zijn ervan overtuigd dat gedragsverandering goed is voor de gezondheid	Informatie geven over gevolgen ongezond gedrag (Bandura, 1986; Ajzen, 1991)	Feedback op gedrag door betrokken deskundigen (sportdocent, jongerenwerker, voorlichter GGD). Bijvoorbeeld op beweeggedrag, het drinken van energy-drinks, (on)gezonde keuzes in het jeugdhonk qua eten en drinken.
Sociale steun	Deelnemers kunnen argumenten aanvoeren voor het hebben van een gezonde en actieve leefstijl	Weerstaan van sociale druk om ongewenst gezondheidsgedrag uit te voeren (Bandura, 1986)	Commitment aan intenties/gedrag verhogen door lidmaatschap en participatie
	Deelnemers voelen zich door hun sociale omgeving gesteund in het hebben van een gezonde en actieve leefstijl	Mobiliseren van sociale steun en versterken van sociale netwerken (buurt) door middel van participatie (Schaalma et. al., 2010)	Activiteiten van Club2Move zijn groepsactiviteiten (met jongeren uit de wijk): bij incidentele activiteiten worden buurtgenoten/ouders betrokken bij opzet en uitvoering
	Deelnemers voelen zich aangemoedigd door een voorbeeldfiguur	Modelling (Bandura, 1986)	Topsporters worden betrokken bij aanbod Club2Move. FC Zwolle speler Nassir Maachi bezoekt de activiteiten en gaat met jongeren in gesprek over een gezonde en actieve leefstijl
Eigen effectiviteit	Deelnemers ervaren zelfvertrouwen (in eigen kunnen) op gebied van sport (voelen zich vaardig om deel te nemen)	Vaardigheidstraining door actief leren onder begeleiding (Bandura, 1986)	Leren onder begeleiding van een deskundige sportdocent; verschillende sportactiviteiten uitproberen om zo te ervaren welke past.
	Deelnemers kunnen actief betrokken zijn bij de organisatie van aan Club2Move gerelateerde activiteiten (voelen zich vaardig om deel te nemen)	Vaardigheidstraining door actief leren onder begeleiding (Bandura, 1986)	Samen met professionals en andere deelnemers activiteiten (leren) organiseren. Bijvoorbeeld het evenement StreetMoves dat samen met jongeren wordt georganiseerd.
	Deelnemers voelen zich in staat om een gezonde maaltijd te bereiden	Vaardigheidstraining door actief leren onder begeleiding (Bandura, 1986)	Gezonde maaltijden bereiden onder begeleiding van een professional (bv. een kok).

4. Onderzoek

Algemene informatie

In hoofdstuk 4 presenteert u al het onderzoek dat naar uw interventie gedaan is. We maken onderscheid tussen onderzoek naar de uitvoering en onderzoek naar de effecten.

- U kunt hier zowel intern als extern onderzoek aanvoeren. Intern onderzoek is door de eigen organisatie uitgevoerd. Extern onderzoek is door een onderzoeksorganisatie uitgevoerd.
- U kunt hier zowel kwalitatief als kwantitatief onderzoek opvoeren. Bij kwalitatief onderzoek gaat het om de betekenis of waardering die uitvoerders en doelgroep aan de interventie geven. Het gebruik van verschillende type onderzoeken of onderzoeksmethoden - ook wel *mixed methods* genoemd - geeft rijke informatie over het proces en de behaalde resultaten.
- Zorg ervoor dat alle onderzoeksresultaten benoemd worden: zowel positieve, negatieve, als nulresultaten moeten worden vermeld.
- Stuur bij het indienen van het werkblad elke genoemde publicatie in zijn geheel mee.

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden per onderzoek

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?

Samenvatting van elk afzonderlijk onderzoek:

- a) Geef auteur(s) en jaar van uitgave voor elke onderzoekpublicatie. Geef ook aan wanneer het een interne, niet gepubliceerde publicatie betreft.
Neem de volledige bibliografische gegevens op in de literatuurlijst onder 7. Aangehaalde literatuur
- b) Benoem het *type* onderzoek (bijvoorbeeld: procesevaluatie, behoefteanalyse, tevredenheidsmeting, casusonderzoek, etc.), de periode van onderzoek, de onderzoek*methode* (schriftelijke vragenlijsten, mondelinge interviews, observaties, logboeken, focusgroepen, paneldiscussies etc.) en de *kenmerken* en *omvang* van de steekproef (N, is het aantal onderzochte uitvoerders en cliënten/ burgers) en het responspercentage.
- c) Geef de resultaten kort weer. Besteed in elk geval aandacht aan één van de onderstaande aspecten:
 - Inzicht in de mate waarin activiteiten zijn uitgevoerd volgens plan
 - Het bereik: de mate waarin de beoogde doelgroep bereikt is en eventuele redenen voor onvoldoende bereik van de doelgroep
 - De waardering en ervaring van de uitvoerders en van de doelgroep (wanneer het niet mogelijk is om de ervaringen en waardering van de doelgroep te achterhalen – bijvoorbeeld als het om mensen met ernstige verstandelijke of meervoudige beperkingen gaat of om heel jonge kinderen – dan kan het hier ook gaan om de ervaringen en waardering van hun naasten, zoals ouders, verwanten of mantelzorgers).
 - Succes- en faalfactoren volgens uitvoerders en doelgroep

Besteed waar mogelijk ook aandacht aan:

- De uitvoerbaarheid: de mate waarin de uitvoerders in staat zijn geweest de interventie uit te voeren, de geschiktheid van de materialen
- Randvoorwaarden: bv. draagvlak, middelen, faciliteiten, besluitvorming
- Omgevingsvariabelen: de mate waarin de setting (fysieke omgeving, beslotenheid, maar ook bijvoorbeeld de samenstelling van een buurt) de resultaten beïnvloedt

Geef, indien van toepassing, ook aan hoe de interventie op basis van het onderzoek is of wordt aangepast. Vanwege dit laatste punt is het niet noodzakelijk dat het onderzoek is gedaan naar de laatste versie van de interventie. Wel is het belangrijk dat de onderzochte versie van de interventie vergelijkbaar is met de interventie zoals deze wordt ingediend.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten – max 600 woorden per onderzoek

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de behaalde effecten met de interventie?

- Effectonderzoek is onderzoek naar de mate waarin het doel van de interventie wordt gerealiseerd.
- Het is tenminste vereist dat er metingen hebben plaatsgevonden voorafgaand aan, bij de start van of tijdens de interventie én na afloop van de interventie (ofwel een voor- en een nameting). Aan de hand van deze metingen kan vastgesteld worden in welke mate verandering heeft plaatsgehad.
- Wanneer deze metingen vergeleken worden met metingen in een controlegroep, kan vastgesteld worden of de effecten ook daadwerkelijk toe te schrijven zijn aan de interventie. We spreken dan van een causaal verband.
- Bij onderzoek naar de *ervaren* effectiviteit is vaak alleen sprake van een nameting, waarmee achterhaald wordt welke betekenis de doelgroep geeft aan de met de interventie behaalde resultaten. Bij dit type onderzoek komt de eis van tenminste twee metingen daarom te vervallen.
- Beschrijf ook de kenmerken (het aantal studies, de selectiecriteria voor de studies, de onderzochte doelgroep) en resultaten van eventuele reviews en meta-analyses over de effectiviteit van de interventie. De daarin gebruikte studies hoeven niet afzonderlijk te worden samengevat.
- Geef – indien beschikbaar – ook de kenmerken en resultaten van onderzoek naar een vergelijkbare interventie (in Nederland of in het buitenland).

Soms worden over één onderzoek meerdere publicaties geschreven. We maken hier daarom onderscheid tussen *onderzoeken* en *publicaties*. Vul voor elk onderzoek de gevraagde informatie volgens onderstaand format in. Als sprake is van meerdere onderzoeken met onafhankelijke steekproeven bij één interventie kunt u het format eerst kopiëren en plakken. Geef elk onderzoek een nummer en vul de gevraagde informatie in. Vermeld daaronder volgens het format welke publicaties uit het onderzoek voortgekomen zijn en vul ook hier de gevraagde informatie in. Stuur bij het indienen van het werkblad elke genoemde publicatie in zijn geheel mee.

Onderzoek [vul nummer in]

- Algemene informatie

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

Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd. ja/nee*

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

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

Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk. ja/nee

Er is een voormeting. ja/nee

Er is een nameting. ja/nee

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

- Publicaties

Geef voor elke publicatie over het betreffende onderzoek een samenvatting:

- a) Geef de titel, auteur(s) en jaar van uitgave voor elke onderzoekpublicatie. Geef ook aan wanneer het een interne, niet gepubliceerde publicatie betreft.
- b) Benoem het type onderzoek of het design en de methode van onderzoek, en indien van toepassing de meetinstrumenten en de doelgroep waarbinnen het onderzoek is gedaan. Geef ook de het (uiteindelijke) aantal respondenten (N) en het responspercentage.
- c) Geef de resultaten kort weer. Besteed waar mogelijk aandacht aan:
 - Of de interventie is uitgevoerd zoals beschreven (modelgetrouw).

- Of de veronderstelde werkzame elementen van de interventie daadwerkelijk zijn uitgevoerd.
- De gevonden effecten (in d of ES of andere relevante uitkomstmaten zoals Cohen's d of Odds Ratio) op de onderzochte uitkomstmaten. Zowel positieve, negatieve, als nulresultaten moeten worden vermeld.
- Het bereik van de interventie onder de beoogde doelgroep.
- De door doelgroep *ervaren* effectiviteit (wanneer het niet mogelijk is om de ervaringen en waardering van de doelgroep te achterhalen – bijvoorbeeld als het om mensen met ernstige verstandelijke of meervoudige beperkingen gaat of om heel jonge kinderen– dan kan het hier ook gaan om de ervaringen en waardering van hun naasten, zoals ouders, verwanten of mantelzorgers).

➤ **Voorbeeld Behavioral Parent Training Groningen – groepstraining voor ouders van kinderen met ADHD en gedragsproblemen**

Overzicht Nederlandse studies gedragstherapeutische oudertraining (BPTG)

Studie 1 – Publicatie 1.1

- Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: a randomized controlled study. Van den Hoofdakker, B.J., Van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P.M., Minderaa, R.B., & Nauta, M.H. (2007), *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1263-1271.
- Een RCT onder 94 kinderen. Het doel van de studie was de effectiviteit te onderzoeken van een gedragstherapeutische groepsoudertraining (BPTG) als aanvulling op de reguliere zorg. 94 kinderen in de leeftijd van 4-12 jaar met ADHD, die naar een polikliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie waren verwezen, kregen eerst reguliere zorg, bijvoorbeeld psycho-educatie, ondersteunende gesprekken, of medicamenteuze behandeling. Als er thuis gedragsproblemen bleven bestaan en ouders wilden daarmee aan de slag dan konden ze meedoen aan de studie. Gezinnen werden via loting verdeeld naar een gedragstherapeutische groepsbehandeling van 12 sessies, verspreid over 5 maanden, plus reguliere zorg ($n=47$) of naar reguliere zorg alleen ($n=47$). Zowel kinderen met als zonder lopende medicamenteuze behandeling konden meedoen. Ouders rapporteerden over de gedragsproblemen, ADHD-symptomen, internaliserende problemen van hun kind en over hun eigen ouderlijke stress, voorafgaand aan de training en daarna. Follow-up gegevens van de groep die groepsoudertraining en reguliere zorg kreeg werden verzameld 25 weken na het einde van de behandeling. Herhaalde metingen werden geanalyseerd met RM ANOVA en zowel de gezinnen die stopten met de behandeling als de gezinnen die de behandeling voltooiden werden meegenomen in de analyses.
- Beide groepen lieten verbetering zien op alle uitkomstmaten. Groepsgedragsoudertraining met reguliere zorg gaf betere resultaten in het verminderen van gedragsproblemen ($p = .017$, effect sizes 0.93 en 0.56) en internaliserende problemen ($p = .042$, effect size 0.33). Er werden geen verschillen gevonden tussen beide behandelcondities in de afname van ADHD-symptomen ($p = .161$) en ouderlijke stress ($p = .643$), die namen in beide condities evenveel af (effect sizes ADHD 0.51 experimentele groep, 0.23 controlegroep; ouderlijke stress 0.25/0.39 experimentele groep, 0.16/0.32 controlegroep). De resultaten op alle uitkomsten waren gelijk voor kinderen met en zonder medicamenteuze behandeling. Kinderen in de reguliere zorg kregen vaker een uit meer medicamenten bestaande behandeling. Concluderend kunnen we zeggen dat gedragstherapeutische groepsbehandeling de effectiviteit van reguliere zorg aan kinderen met ADHD vergroot, vooral in het verminderen van gedrags- en internaliserende problemen, maar niet in het verminderen van ADHD-symptomen of ouderlijke stress. Daarnaast kan gedragstherapeutische groepsoudertraining het voorschrijven van meerdere medicamenten aan kinderen verminderen.

Studie 1 – Publicatie 1.2

- Behavioral parent training as an adjunct to routine care in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: moderators of treatment response. Van den Hoofdakker, B.J., Nauta, M.H., Van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P.M., Minderaa, R.B., & Hoekstra, P.J. (2010), *Journal of Pediatric Psychology*, 35(3), 317-26.
- Het doel van deze studie (die in aanvulling op de RCT uit 2007 werd gedaan) was om predictoren en moderators van gedragstherapeutische groepsoudertraining (BPTG) als aanvulling op reguliere zorg versus reguliere zorg alleen te vinden. 94 kinderen met ADHD werden gerandomiseerd naar reguliere zorg alleen of naar reguliere zorg plus gedragstherapeutische groepsoudertraining. Uitkomstmaten waren ouder rapportages van gedragsproblemen en ADHD-symptomen van het kind. Predictor/moderatorvariabelen waren kindfactoren zoals IQ, leeftijd, comorbide problemen en daarnaast ouderfactoren zoals ADHD, depressie en vertrouwen van de ouder in ouderlijk functioneren.
- De beste resultaten van BPTG werden behaald bij kinderen zonder, of slechts een, comorbide stoornis zoals angst/depressie of (oppositieel opstandige) gedragsstoornis, en wanneer moeders meer vertrouwen in ouderlijk functioneren aangaven voorafgaand aan de oudertraining. ADHD symptomen leken meer te verminderen na groepsoudertraining plus reguliere zorg bij oudere kinderen dan bij jongere kinderen.

Samengevat lijkt aanvullende groepsoudertraining het meest zinvol als moeders al meer zelfvertrouwen hebben in hun functioneren als opvoeder en als het kind naast ADHD geen comorbide stoornissen heeft of maximaal een comorbide stoornis.

Studie 1 – Publicatie 1.3

- a) Dopamine transporter gene moderates response to behavioral parent training in children with ADHD: a pilot study. Van den Hoofdakker, B.J., Nauta, M.H., Dijck-Brouwer, D.A., Van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P.M., Minderaa, R.B., & Hoekstra, P.J. (2012), *Developmental Psychology*, 48(2), 567-74.
- b) Er is een grote variabiliteit in de mate waarin kinderen met ADHD verbeteren door gedragsmatige behandelingen. Deze studie (die in aanvulling op de RCT uit 2007 werd gedaan) onderzocht de invloed van een specifiek dopamine transporter gen (SCL6A3/DAT1) op die uitkomsten. Geanalyseerd werden data van 50 kinderen waarvan DAT1 genotypen beschikbaar waren en die deelnamen aan een gerandomiseerde effectiviteitsstudie (N=94) die gedragstherapeutische groepsoudertraining (BPTG) plus reguliere zorg vergeleek met reguliere zorg alleen, bij kinderen in de leeftijd van 4-12 jaar met ADHD. Behandeluikkomsten waren ADHD symptomen en gedragsproblemen, gerapporteerd door de ouders. De moderatorvariabele was het wel of niet aanwezig zijn van 2 versus geen of 1 DAT1 10-repeat allel. Tijd x behandeling x genotype werd geanalyseerd met RM ANOVA, waarbij gecontroleerd werd voor de medicamenteuze behandeling bij de start van de gedragstherapeutische groepsbehandeling.
- c) De resultaten laten zien dat DAT1 de verbetering van ADHD en gedragsproblemen modereerde ($p = .009$). Bij kinderen zonder of met slechts 1 Dat1 10-repeat allel waren betere resultaten te zien bij groepsoudertraining plus reguliere zorg in vergelijking met reguliere zorg alleen ($p = .005$), maar dat was niet het geval bij kinderen met 2 DAT1 10-repeat allelen ($p = .57$). Onze resultaten suggereren dat genetische verschillen in DAT1 in kinderen met ADHD hun ontvankelijkheid voor een gedragsmatige behandeling, die bestaat uit het aanpassen van de leefomgeving door ouders, beïnvloeden. De rol van het dopamine systeem in enerzijds motivatie en leren en anderzijds in afwijkende gevoeligheid voor bekrachtiging bij kinderen met ADHD, zouden dit modererende effect kunnen verklaren, aangezien het toepassen van motivatiebevorderende technieken een centraal onderdeel is van oudertraining.

Studie 1 – Publicatie 1.4

- a) Paternal influences on treatment outcome of behavioral parent training in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Van den Hoofdakker, B.J., Hoekstra, P.J., Van der Veen-Mulders, L., Sytema, S., Emmelkamp, P.M., Minderaa, R.B., & Nauta, M.H. (2014), *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23(11), 1071-9.
- b) Deze studie (die in aanvulling op de RCT uit 2007 werd gedaan) had als doel de invloed van vader variabelen op uitkomsten van BPTG bij kinderen met ADHD te onderzoeken. Er werden 83 kinderen door middel van loting verdeeld over twee groepen: een groep die alleen reguliere zorg kreeg en een groep die reguliere zorg plus een gedragstherapeutische groepsbehandeling kreeg. De uitkomsten van de behandeling waren gebaseerd op door ouders gerapporteerde ADHD symptomen en gedragsproblemen. Moderator variabelen waren ADHD symptomen bij vader, depressieve symptomen en het vertrouwen van vaders in hun functioneren als opvoeder. De statistische analyses zijn uitgevoerd met RM ANOVA voor alle variabelen, en vervolgens werd de richting van een interactie-effect onderzocht door de RM ANOVA te herhalen in een hoog en laag scorende subgroepen.
- c) ADHD symptomen bij vaders en vertrouwen van vaders in hun eigen kunnen als opvoeder speelden een modererende rol in de vermindering van gedragsproblemen maar niet in de vermindering van ADHD symptomen. Depressieve symptomen bij vaders hadden geen invloed op ADHD symptomen van het kind, noch op gedragsproblemen. Gedragstherapeutische groepsbehandeling lijkt het meest effectief in het verminderen van gedragsproblemen van kinderen wiens vaders meer ADHD symptomen hebben en meer vertrouwen in hun eigen functioneren als opvoeder.

Studie 2 – Publicatie 2.1

- a) Van der Veen-Mulders, L., Hoekstra, P. J., Nauta, M. H., & Van den Hoofdakker, B. J. (2018). Preschool children's response to behavioural parent training and parental predictors of outcome in routine clinical care. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1), 1-9.
- b) In een groep van 68, naar de kinder- en jeugdpsychiatrie verwezen, kinderen (2.7 tot 5.9 jaar) met ADHD symptomen en gedragsproblemen werd de effectiviteit van BPTG onderzocht, evenals voorspellers van behandeluitkomsten. De behandeling bestond uit 12 individuele- of groepsessies met een op de leeftijdsgroep aangepaste versie van BPTG (BPTG-P). De effectiviteit werd bepaald door middel van een dubbele pretest in de periode tussen aanmelding en start behandeling (wachterperiode) en een nameting direct na de behandeling. De veranderingen in de wachterperiode werden vergeleken met de veranderingen tussen start behandeling en direct na behandeling. De primaire uitkomstmaat was de ernst van de gedragsproblemen, gemeten met de Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI).
- c) In de wachterperiode was er geen statistisch significante afname van de ouders gerapporteerde gedragsproblemen. Na de afronding van de BPTG was er wel een significante afname van de gedragsproblemen (intensiteit van de gedragsproblemen: moeders $d=0.63$, vaders $d=0.51$; mate waarin ouders

de gedragsproblemen als probleem ervaren: moeders $d=0.87$, vaders $d=0.66$). Ook de leerkrachten rapporteerden een lichte maar significante afname van de gedragsproblemen ($d=0.18$). Een relatief lage alcoholconsumptie bij vaders en relatief ineffektieve disciplineringsvaardigheden bij moeders (zoals zij dit zelf beoordelen) voorafgaand aan de behandeling bleken een enigszins betere behandeluitkomst te voorspellen.

5. Samenvatting werkzame elementen

Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie.

- Werkzame elementen (WE) zijn de belangrijkste of meest succesvolle onderdelen van een interventie die ervoor zorgen dat de interventie de gewenste uitwerking heeft. WE zijn gekoppeld aan de gekozen doelen van de interventie, sluiten aan bij de doelgroep en dragen bij aan een goede uitvoering van de interventie. De combinatie van WE maakt de interventie effectief.
- Soms is het nodig om een interventie aan te passen aan lokale of specifieke omstandigheden. Het is dan van belang om te weten welke onderdelen van de interventie essentieel zijn om de doelen te realiseren. Deze essentiële onderdelen zijn de werkzame elementen.
- Bij de werkzame elementen van een interventie is een onderscheid te maken in: *inhoudelijke (theoretische) werkzame elementen* en werkzame elementen die meer te maken hebben met de uitvoering, de *praktische werkzame elementen*.
- *Inhoudelijke werkzame elementen* zijn de gebruikte methoden en technieken welke gebaseerd zijn op theorie en praktijk. Deze methoden en technieken zijn verantwoordelijk voor het effect van de interventie. De beschrijving van deze werkzame elementen is vooral terug te vinden in de onderbouwing van je interventie (onderdeel verantwoording). Maar ook bij de beschrijving van de doelen en de aanpak (hoofdstuk 1). Denk bij inhoudelijke werkzame elementen bijvoorbeeld aan: gebruik rolmodel in video om attitude te veranderen, actieve informatie verwerking om kennis te verwerven, lotgenoten contact om overbelasting mantelzorg te voorkomen, concrete hulp voor mantelzorgers, gebruik van video feedback, etc.
- *Praktische werkzame elementen* zijn elementen die van belang zijn voor de praktische uitvoering en de implementatie van de interventie. Informatie over de praktische werkzame elementen is vooral uit onderzoek naar de uitvoering van de interventie te halen (hoofdstuk 4). Ook zullen sommige van de beschreven randvoorwaarden (hoofdstuk 2) hier terug komen. Denk bij praktische elementen aan: goede samenwerking in de wijk, uitvoering interventie in een laagdrempelige voorziening in de wijk, goed uitgewerkte wervingsmethodieken, uitvoering van de interventie in de thuissituatie, goed inpasbaar in de werkwijze van de organisatie of professionals, etc.

➤ Voorbeeld Preventief Alcoholgebruik Scholieren (PAS)

Een interventie die als doel heeft het alcoholgebruik onder jongeren uit te stellen middels het motiveren tot het stellen van regels door ouders en het ontwikkelen van zelf controle en een gezonde attitude t.a.v. alcoholgebruik bij jongeren.

Inhoudelijke elementen

- Gecombineerde aanpak van leerlingen en ouders: afzonderlijke aanpak van leerlingen of ouders heeft geen effect.
- Bevorderen van negatieve attitude t.a.v. alcoholgebruik door overredende communicatie (informatie gaat in op korte termijn effect van alcohol en op voor- en nadelen van wel of niet drinken (bv ongewenste seks of effect op rijgedrag).
- Bevorderen van de attitude van ouders t.a.v. het stellen van strikte regels en het maken van afspraken (op ouderavond laten zien welke positief effect het stellen van regels heeft op het alcoholgebruik van jongeren)
- Verminderen van sociale druk (door het geven van informatie over misverstanden rondom alcoholgebruik van andere jongeren (het werkelijke gebruik en werkelijke opvattingen (meisjes vallen niet op dronken jongens) en gebruik van filmpjes waarin een populaire jongere weerstand biedt aan druk van zijn omgeving als rolmodel).
- Verbeteren van zelfcontrole door versterken weerbaarheid van jongeren (bv door jongeren opdrachten te laten maken over groepsdruk en de invloed van reclame)
- Bevorderen van eigen effectiviteit via begeleid leren (jongeren oefenen met allerlei risico situaties (leerlingen kunnen in een oefensituatie de persoon in een situatie wel of niet drank laten weigeren. Herhaalde weigering zorgt voor goede afloop)

Praktische elementen

- Korte interventie die goed past in de structuur van de school
- Train de trainer-bijeenkomst voor de docenten
- Eenvoudig toe te passen door docenten
- Sluit aan bij bestaande veelgebruikte interventie Gezonde school en genotmiddelen

➤ **Voorbeeld NIKA**

NIKA richt zich op kinderen (en hun ouders) van 9 maanden tot 6 jaar die een verhoogd risico lopen op gedesorganiseerde hechting of signalen laten zien van verstoord hechtingsgedrag. Doel is het voorkomen of verminderen van gedesorganiseerde hechting.

Inhoudelijke elementen

- duidelijke focus op gedrag van zowel de ouders als het kind;
- gebruik van video-feedback, waarbij je de ouder de reactie van het kind leert gebruiken als bekrachtiger;
- geven van psycho-educatie over hechting;
- verrichten van een voor en nameting;
- naast aanleren van sensitief opvoedgedrag ook specifiek gericht op het afleren van verstorend opvoedgedrag;
- concrete handvatten aan ouders bieden ten aanzien van het aanleren van sensitief opvoedgedrag;
- ouders aanleren vanuit de meta-positie te kijken naar hun eigen handelen;
- competentiegevoelens van opvoeders vergroten;
- huiswerkopdrachten die de transfer naar de dagelijkse opvoedsituatie bevorderen.

Praktische elementen

- het uitvoeren van de interventie in de thuissituatie;
- het maken van de video opname op momenten die door de ouder zijn aangewezen als meest stressvol;
- gebruik van schriftelijk materiaal (werkbladen);
- kortdurende interventie.

6. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters).

- APA staat voor American Psychological Association. Onderstaande richtlijnen zijn gebaseerd op de 5e editie van de APA Style Guide, uit 2001. Op één punt wordt in deze handleiding afgeweken van de richtlijnen van de APA. In een opsomming van namen wordt (in het Nederlands) geen komma geplaatst voor '&' of 'en'.
- De literatuurlijst is alfabetisch geordend op de achternaam van de eerste auteur. Elke referentie begint met de achternaam van de (eerste) auteur, gevolgd door de voorletter(s), en dan, als die er zijn, de namen van de overige auteurs.

Boek

Auteur(s) (of redacteurs) (Jaartal). *Titel boek*. Plaats van uitgifte: Naam van de uitgever.

Hoofdstuk in een boek (of bundel)

Auteur(s) (Jaartal). Titel van het hoofdstuk. In Namen redacteurs van het boek (red.). *Titel van het boek*, (pagina's van het hoofdstuk). Plaats van uitgifte: Naam van de uitgever. Initialen van redacteur(s) komen voor de achternaam.

Artikel in een tijdschrift

Auteur(s) (Jaartal). Titel van het artikel. *Naam van het tijdschrift* (nummer van de jaargang, evt. gevolgd door nummer van de aflevering), pagina's waar het artikel staat. Titelwoorden van tijdschrift moeten met hoofdletters (behalve voorzetsels en voegwoorden). Het nummer van de aflevering hoeft niet genoemd te worden als de paginanummering doorloopt over de afleveringen.

Artikel in een elektronisch tijdschrift

Auteur(s) (Jaartal). Titel van het artikel. *Naam van het tijdschrift*, nummer van de jaargang (evt. gevolgd door nummer van de aflevering), pagina's waar het artikel staat, Binnengehaald datum, van Bron

Publicatie op Internet

Auteur. (Jaartal/Datum). *Titel*. Binnengehaald datum, van Bron.
Vermijd het afbreken van internetadressen aan het einde van een regel.

Paper voor een conferentie (indien niet opgenomen in bundel)

Auteur(s) (Jaartal). *Titel*. Paper gepresenteerd op Naam Conferentie, Plaats, Data conferentie.

Krantenartikel of artikel in een populair weekblad

Auteur (Datum). *Titel*. Krant, paginanummers.

➤ **Voorbeelden**

Boek

Wald, A. & Linden, J. L. van der (red.) (2001). *Leren in perspectief*. Leuven/Apeldoorn: Garant

Hoofdstuk in boek of bundel

Erkens, G., Kanselaar, G., Jaspers, J. G. M. & Tabachneck-Schijf, H. J. M. (2001). Computer ondersteund samenwerkend leren. In A. Wald, & J. L. van der Linden (red.). *Leren in perspectief* (pp. 85-97). Leuven/Apeldoorn: Garant

Artikel in een tijdschrift

Versloot, A. M., Jong, J. A. de & Thijssen, J. G. L. (2001). Organizational context of structured on-the-job training. *Human Resource Development*, 4, 82-92.

Vriens, L. J. A. (2001). Steiner en de Vrije School. *Tijdschrift voor Vredesopvoeding*, 16 (2), 8-11.

Artikel in elektronisch tijdschrift

Fine, M. & Kurdek, L. A. (1993). Reflections on determining authorship credit and authorship order on faculty-student collaborations. *American Psychologist*, 48, 1141-1147. Binnengehaald 7 juni 2002, van <http://www.apa.org/journals/amp/kurdek.html>

Publicatie op Internet

Veerman, A. & Veldhuis, E. (2001). *Collaborative learning through computer-mediated communication in academic education*. Binnengehaald 7 juni 2002 van <http://www.mmi.unimaas.nl/euro-cscl/Papers/166.doc>

Paper voor een conferentie (indien niet opgenomen in bundel)

Jaspers, J. G. M., Erkens, G. & Kanselaar, G. (2001). COSAR: *Collaborative writing of argumentative texts*. Paper gepresenteerd op de IEEE International Conference on Advanced Learning Technologies, University of Wisconsin, Madison (USA), 4-8 augustus 2001.

Krantenartikel of artikel in een populair weekblad

Vriens, L. J. A. (10 September 2001). Turbotaal. *SBMagazine*, p. 10.

Overgenomen van: Steege, M. van der, Bijl, B., Delicat, J. & Wilschut, M. (2008). *Ondersteuningspakket 4. Zicht op Effectiviteit: Onderbouwen en beschrijven van interventies*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.