



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

De ontwikkeling van ARIJ-Needs: Een instrument voor behoeftetaxatie in jeugdbescherming

van der Put, C.; Assink, M.; Gubbels, J.; van lent, J.; Stams, G.-J.

Publication date

2018

Document Version

Author accepted manuscript

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

van der Put, C., Assink, M., Gubbels, J., van lent, J., & Stams, G.-J. (2018). *De ontwikkeling van ARIJ-Needs: Een instrument voor behoeftetaxatie in jeugdbescherming*. Universiteit van Amsterdam.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

De ontwikkeling van *ARIJ-Needs*: Een instrument voor behoeftetaxatie in jeugdbescherming

Claudia van der Put, Mark Assink, Jeanne Gubbels, Judith van Lent, & Geert-Jan Stams

Gebaseerd op dit manuscript is een publicatie verschenen in *Kind en Adolescent Praktijk*, welke te citeren is als:

Van der Put C. E., Assink, M., Gubbels, J., Van Lent, J., & Stams G. J. J. M. (2018). Risico op kindermishandeling verlagen met *ARIJ-Needs*: 'What Works-principes' in de jeugdzorg - Een nieuw instrument. *Kind en Adolescent Praktijk*, 3, 16-24.

De ontwikkeling van ARIJ-Needs: Een instrument voor behoeftetaxatie in jeugdbescherming

Van der Put^a, C. E., Assink^a, M., Gubbels^a, J., Van Lent^a, J., & Stams^a, G. J. J. M.

Universiteit van Amsterdam

Noten van de auteurs

^a Research Institute of Child Development and Education, University of Amsterdam, Nieuwe Achtergracht 127, 1018 WS, Amsterdam, The Netherlands.

Correspondentie over, of naar aanleiding van, dit manuscript kan gericht worden aan dr. Claudia van der Put, Research Institute of Child Development and Education, Universiteit van Amsterdam, Postbus 15780, 1001 NG, Amsterdam. E-mail: C.E.vanderPut@UvA.nl

Samenvatting

Uit onderzoek blijkt dat interventies ter voorkoming van kindermishandeling slechts in geringe mate effectief zijn. Mogelijk komt dit doordat de bewezen effectieve *Risk-Need-Responsivity* (RNR)-principes (ook wel *What-Works*-principes genoemd), onvoldoende toegepast worden in jeugdbescherming. De *ARIJ-Risk* en *ARIJ-Needs* zijn ontwikkeld om ook in jeugdbescherming te kunnen werken volgens deze principes. Dit manuscript beschrijft de achtergrond en de ontwikkeling van *ARIJ-Needs*.

Trefwoorden: Risicotaxatie, Behoeftetaxatie, RNR-principes, Beslissingsondersteuning, Dynamische risicofactoren, Kindermishandeling, ARIJ

1. Inleiding

Kindermishandeling is een omvangrijk probleem met ernstige gevolgen voor zowel individuele slachtoffers als de maatschappij (o.a. Speetjens et al., 2016). Een vergelijking van prevalentiecijfers lijkt erop te wijzen dat inspanningen die in de afgelopen jaren zijn verricht om kindermishandeling te voorkomen, niet hebben geleid tot een substantiële en duurzame vermindering van het aantal jaarlijks mishandelde kinderen (Alink et al., 2011). Bovendien laten overzichtsstudies zien dat interventies ter voorkoming van kindermishandeling slechts in beperkte mate effectief zijn (zie bijvoorbeeld Euser et al., 2015). Het is dus van groot belang de effectiviteit van interveniëren te vergroten. Naar verwachting neemt dit toe door hulpverlening beter af te stemmen op de hoogte van het risico op kindermishandeling, en op de aanwezige risico- en instandhoudende factoren, oftewel door toepassing van de *Risk-Need-Responsivity* (RNR)-principes. Overzichtsstudies laten namelijk zien dat de effectiviteit van interveniëren toeneemt door toepassing van de RNR-principes. Interventies die *niet* zijn ingericht volgens de RNR-principes zijn gemiddeld niet effectief, terwijl interventies die *wel* zijn ingericht volgens de RNR-principes gemiddeld middelmatig effectief zijn (Andrews & Bonta, 2010). Onderzoek laat zien dat de RNR-principes onvoldoende worden toegepast in de Nederlandse jeugdbescherming (zie bijvoorbeeld Broeders e.a., 2015). Bovendien blijkt uit een recent onderzoek dat er geen instrumenten beschikbaar zijn die het werken volgens de RNR-principes voldoende mogelijk maken, terwijl in de praktijk wel sterk behoefte is aan dergelijke instrumenten (Van der Put et al., 2017). In ons eerdere onderzoek gaven professionals aan het lastig te vinden om de zwaarte van problematiek goed in te schatten en een juiste interventie te kiezen, die passend is bij de specifieke problematiek van een gezin en aangrijpt op de aanwezige risico- en instandhoudende factoren (Van der Put et al., 2017). Het doel van het huidige onderzoek was in deze lacune te voorzien door het ontwikkelen van een instrument voor behoeftetaxatie en beslissingsondersteuning in jeugdbescherming, dat vanaf dit punt wordt aangeduid met *ARIJ-Needs*.

1.1 Risk-Need-Responsivity (RNR)-principes

De *Risk-Need-Responsivity* (RNR)-principes worden veelvuldig toegepast in justitiële hulpverlening met als doel recidive te voorkomen (Andrews & Bonta, 2010). Het *risicoprincipe* stelt dat de intensiteit van hulpverlening (aantal contacturen per tijdsinterval en totaal aantal contacturen) moet passen bij het recidiverisico. Bij een hoog risico passen interventies met een hoge intensiteit, terwijl bij een laag risico kan worden volstaan met een interventie van geringe intensiteit of zelfs helemaal geen interventie. Het *behoefteprincipe*

stelt dat een interventie gericht moet zijn op dynamische (veranderbare) risicofactoren die direct samenhangen met recidive. Het *responsiviteitsprincipe* geeft aan dat interventies moeten passen bij de motivatie, leerstijl, en intellectuele mogelijkheden van een dader voor een zo hoog mogelijk rendement van de hulpverlening. Aangenomen kan worden dat de RNR-principes ook voorwaarden zijn voor effectieve hulpverlening ter voorkoming van kindermishandeling, ook al is dit nog niet wetenschappelijk onderzocht. Kindermishandeling wordt immers, net als delinquent gedrag, veroorzaakt door een opeenstapeling van risicofactoren in meerdere systemen (Belsky 1993; Brown et al., 1998). Daarnaast is er deels overlap in risicofactoren voor delinquent gedrag en risicofactoren voor kindermishandeling, zoals armoede, stress in het gezin, en psychiatrische problemen van ouders, waaronder alcohol- en drugsproblemen. Om in de praktijk te kunnen werken volgens de RNR-principes is het essentieel om (1) een inschatting te maken van risico's (i.e. *risicotaxatie*), (2) zorgbehoeften van kinderen en gezinsleden vast te stellen (i.e. *behoefte-taxatie*), en (3) responsiviteitskenmerken van kinderen en gezinsleden in kaart te brengen (i.e. *responsiviteitstaxatie*).

1.2 Interventies voor kindermishandeling

Interventies voor kindermishandeling hebben als doel om kindermishandeling - of de herhaling daarvan - te voorkomen. Hieronder vallen (1) geïndiceerde preventieve interventies (gericht op ouders en/of kinderen die op grond van specifieke risicofactoren worden geselecteerd middels screening), (2) gerichte interventies (gericht op ouders en/of kinderen bij wie vroege signalen voor mogelijke kindermishandeling herkend worden), en (3) klinische interventies, die worden uitgevoerd in gezinnen waarin al sprake is van (sterke vermoedens van) kindermishandeling. Bij de besluitvorming over de inzet van interventies ter voorkoming van kindermishandeling is het essentieel om allereerst na te gaan of er sprake is van directe onveiligheid van het kind. Dit is bijvoorbeeld beschreven in het visiedocument “gefaseerde ketensamenwerking”, waarin Van Arum en Vogtländer (2016) benadrukken om eerst (samen) te werken aan de kindveiligheid, voordat risicogestuurde en herstelgerichte zorg worden uitgevoerd. Deze visie ligt ook ten grondslag aan het nieuwe actieprogramma ‘Geweld hoort nergens thuis’ van het Rijk en gemeenten (2018). Gebaseerd op deze visie kunnen de volgende stappen worden onderscheiden in het kiezen van passende interventies.

Stap 1a) Veiligheidstaxatie

Eerst wordt vastgesteld of sprake is van kindermishandeling op dit moment, oftewel de directe onveiligheid van het kind wordt eerst in kaart gebracht. Hiervoor zijn veiligheidstaxatie-instrumenten beschikbaar, zoals de LIRIK, het Triage-instrument Veilig Thuis en de ARIJ-Veiligheidstaxatie. Is sprake van directe kindonveiligheid, dan dient eerst de kindveiligheid met passende maatregelen gerealiseerd te worden. Deze maatregelen worden beschreven in een veiligheidsplan.

Stap 1b) Risicotaxatie

Vervolgens dient het risico op toekomstige kindermishandeling te worden bepaald. Hierbij kan het zowel gaan om het risico op het starten met kindermishandeling als het risico op herhaling van kindermishandeling. In beide gevallen is dit risico een indicatie van de chroniciteit van de problematiek. Ook hiervoor kunnen bestaande instrumenten worden gebruikt, zoals de CARE-NL, de CFRA-NL of de ARIJ-Risicotaxatie. Ook de LIRIK wordt in Nederland veel gebruikt voor risicotaxatie, maar recente onderzoeken laten zien dat zowel de betrouwbaarheid als de predictieve validiteit van de LIRIK onvoldoende zijn (o.a. Bartelink et al. 2015; Van der Put et al. 2016a).

Stap 1c) Behoeftetaxatie

Is het risico op toekomstige kindermishandeling substantieel, dan moet worden geïnventariseerd welke dynamische risicofactoren – en andere zorgbehoeften - aanwezig zijn en aanknopingspunten bieden voor hulpverlening. Het gaat hierbij met name om factoren die kindermishandeling veroorzaken en/of in stand houden (voor risicogestuurde zorg), maar ook om factoren die het gevolg zijn van kindermishandeling (voor herstelgerichte zorg). Risicotaxatie maakt zichtbaar *wie* hulpverlening nodig heeft (gezinnen met een verhoogd risico) en met welke intensiteit deze hulpverlening aangeboden moet worden, terwijl behoeftetaxatie zichtbaar maakt *wat* aangepakt moet worden met interventies.

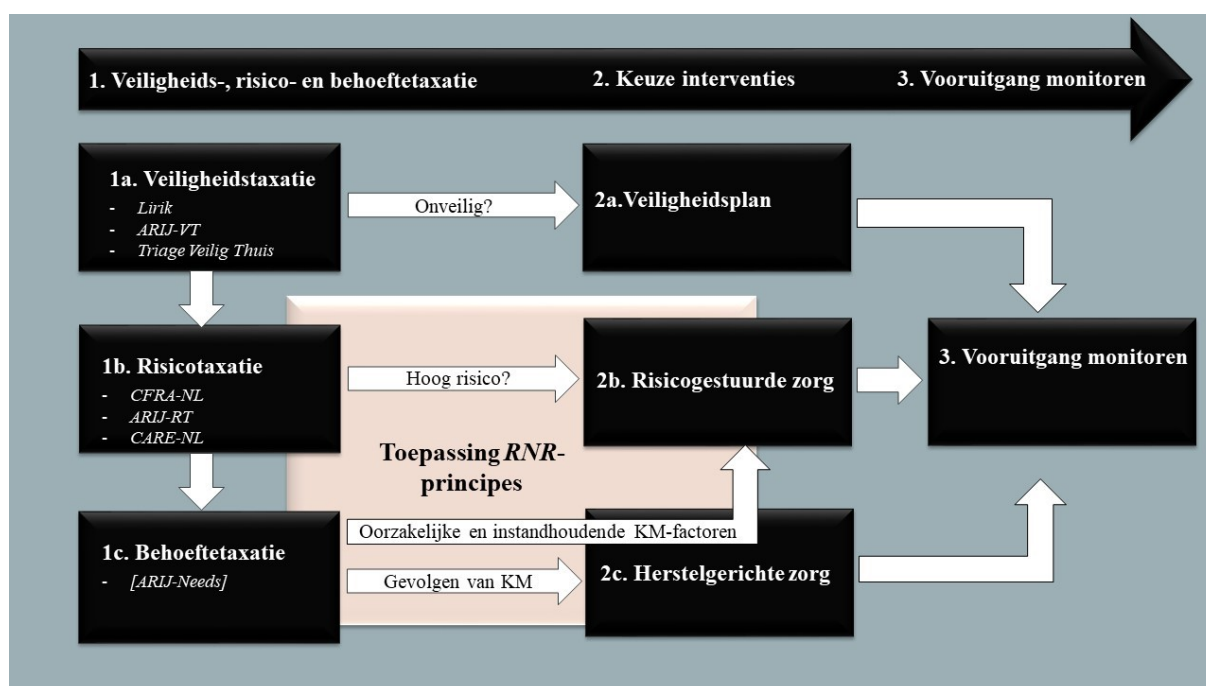
Stap 2) Keuze voor passende interventies

In de tweede stap wordt geïnventariseerd welke interventies aangrijpen op de getaxeerde dynamische risicofactoren en dus geschikt lijken om stabiele veiligheid en herstel te realiseren. Hierbij dient de responsiviteit van het gezin in acht te worden genomen, waaronder motivatie en capaciteiten van ouders om te veranderen, en de aanwezigheid van beschermende factoren.

Stap 3) Monitoren van vooruitgang

Tot slot dient tijdens én na afloop van de interventie(s) vooruitgang te worden gemonitord, waarbij de directe kindveiligheid, het risico op (toekomstige) kindermishandeling en zorgbehoeften gemeten worden. Veranderingen hierin kunnen aanleiding zijn om een zorgtraject af te ronden, te verlengen, of bij te sturen.

In Figuur 1 worden bovenstaande stappen schematisch weergegeven samen met de instrumenten die in de Nederlandse praktijk hiervoor worden gebruikt. Voor de (psychometrische) eigenschappen van deze instrumenten verwijzen wij naar de rapportage “Veiligheid en risico’s inschatten: Wat helpt?” van het NJI (2017). Voor stap 1c (behoefte-taxatie), en het op basis daarvan kiezen van passende interventies (stappen 2b en 2c), zijn in Nederland geen instrumenten beschikbaar. Hiermee loopt de ontwikkeling van instrumenten voor kindermishandeling achter op de ontwikkeling van instrumenten voor delinquent gedrag. De *ARIJ-Needs* werd ontwikkeld om in deze lacune te voorzien.



Figuur 1. Schematische weergave van besluitvorming over passende hulpverlening.

1.3 Doelstelling

Het doel van deze studie was een instrument te ontwikkelen voor enerzijds behoefte-taxatie en anderzijds het ondersteunen van hulpverleners bij besluitvorming over de best passende interventies om het risico op kindermishandeling te verlagen. Hiertoe is een instrument ontwikkeld (*ARIJ-Needs*) dat bestaat uit twee onderdelen: (1) een *behoefte-taxatie-onderdeel*,

waarmee dynamische risicofactoren, en dus zorgbehoeften, getaxeerd kunnen worden; en (2) *een beslissingsondersteunende module*, waarmee een koppeling gemaakt wordt tussen de getaxeerde risicofactoren en interventies die daarop aangrijpen. Om de *ARIJ-Needs* te kunnen ontwikkelen werden allereerst de dynamische risicofactoren voor kindermishandeling in kaart gebracht. Vervolgens werd geïnventariseerd welke interventies als doel hebben het risico op kindermishandeling te verlagen én beschikbaar zijn in Nederland. Daarop werd vastgesteld welke van de in kaart gebrachte dynamische risicofactoren met elk van deze interventies worden aangepakt. Tot slot werd een computerapplicatie ontwikkeld waarmee een geautomatiseerde koppeling kan worden gemaakt tussen de dynamische risicofactoren voor kindermishandeling en interventies die gericht zijn op het wegnemen van deze risicofactoren. De verwachting is dat besluitvorming in jeugdbescherming over het inzetten van passende hulpverlening effectiever, efficiënter, en uniformer (i.e. minder subjectief) zal worden met de *ARIJ-Needs*, omdat dit instrument het mogelijk maakt om de *risk-* en *needs-*principes in de klinische praktijk toe te passen.

2. Methode

2.1 Ontwikkeling behoeftetaxatie-onderdeel

Voor de ontwikkeling van het behoeftetaxatie-onderdeel werd een literatuuronderzoek uitgevoerd naar dynamische risicofactoren voor kindermishandeling. De volgende overzichtsstudies werden geraadpleegd: Assink en collega's (2016), Cash (2001), Hindley en collega's (2006) en Stith en collega's (2009). Daarnaast werden Nederlandse studies geraadpleegd waarin de samenhang tussen dynamische risicofactoren en kindermishandeling is onderzocht, namelijk: Bartelink en collega's (2015), Van der Put, Hermanns, en Sondejker (2016) en Van der Put en collega's (2016a; 2017). Een dynamische risicofactor werd geselecteerd indien een significant positief verband werd gevonden tussen de factor en een vorm van kindermishandeling in één van deze studies. Ook zijn enkele factoren geselecteerd die onveranderbaar (statisch) zijn, omdat het negatieve effect van deze factoren kan worden verminderd door de juiste hulpverlening. Een verleden van slachtofferschap van kindermishandeling bij ouders is een voorbeeld van zo'n factor. Kinderen van ouders die slachtoffer zijn geweest van kindermishandeling hebben op hun beurt ook weer een verhoogde kans op slachtofferschap van kindermishandeling; de zogenaamde intergenerationele overdracht van mishandeling. Het is belangrijk om deze risicofactor te taxeren, zodat hier (preventief) op geïntervenieerd kan worden, bijvoorbeeld door behandeling van trauma bij ouders.

2.2 Ontwikkeling beslissingsondersteunende module

Voor de ontwikkeling van de beslissingsondersteunende module werd een overzicht gemaakt van interventies die het risico op kindermishandeling kunnen verlagen en in Nederland beschikbaar zijn. Dit overzicht bevat zowel interventies gericht op: (a) verlaging van het risico op toekomstige kindonveiligheid (risicogestuurde zorg) en (b) herstel van de ontwikkeling van de individuele gezinsleden (herstelgerichte zorg).

Voor de selectie van interventies (inclusief werkvormen en zorgbenaderingen) werden de volgende inclusiecriteria opgesteld: (1) de interventie richt zich op het opheffen van (vermoedelijke) bedreigingen van een gezonde (psychische, sociale, cognitieve, en/of lichamelijke) kindontwikkeling (bij een kind in het leeftijdsbereik van nog niet geboren tot 24 jaar); (2) de interventie richt zich op het kind, en/of de opvoeder(s), en/of het hele gezin; (3) de interventie omvat een selectieve vorm van preventie, ondersteuning of begeleiding, en/of daadwerkelijke behandeling. Vervolgens zijn de volgende interventies geëxcludeerd: (1) interventies die uitsluitend gericht zijn op het bevorderen van een gezonde leefstijl (zoals het tegengaan van overgewicht), het stoppen van pesten of discriminatie, het bevorderen van seksuele gezondheid, het stoppen van middelengebruik, leerstoornissen of leerproblemen; (2) onderwijsprogramma's (zoals "voor- en vroegschoolse educatie"); (3) interventies die uitsluitend gericht zijn op broers en/of zussen van het kind óf anderen dan gezinsleden (zoals docenten van het kind); (4) interventies die uitsluitend worden aangeboden in een residentiële setting; (5) interventies die als jeugdstrafrechtmaatregel worden opgelegd; en (6) interventies die universeel preventieve programma's omvatten.

Op basis van deze inclusie- en exclusiecriteria werden in de periode april tot en met oktober 2016 de volgende twee databases geraadpleegd: (1) de *Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ)* van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en (2) de databank *Effectieve interventies huiselijk geweld en seksueel geweld*, die wordt beheerd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in samenwerking met Movisie. Tevens werd van Jeugdbescherming Regio Amsterdam (JBRA) een overzicht verkregen van interventies die in de regio Amsterdam veel uitgevoerd worden. Deze zoektocht leverde 116 relevante interventies op die opgenomen werden in de database van *ARIJ-Needs*. Van deze interventies waren 71 afkomstig uit de databank Effectieve Jeugdinterventies, 14 uit de databank Effectieve Interventies huiselijk geweld en seksueel geweld, en 31 van JBRA. In Tabel 1 staat hoeveel van de interventies die geïdentificeerd waren in de zoekprocedure buiten beschouwing zijn gelaten op grond van de exclusiecriteria.

Tabel 1. Aantal geëxcludeerde interventies per exclusie criterium

Exclusiecriteria	Aantal
Interventie is (selectief) preventief en gericht op het bevorderen van een gezonde leefstijl, het stoppen van pesten/discriminatie, het bevorderen van seksuele gezondheid, en/of het stoppen van middelengebruik	71
Interventie is gericht op taal- of leerproblemen	5
Interventie omvat een onderwijsprogramma	19
Interventie richt zich niet op het kind, de opvoeder(s) of het gezin	9
Interventie wordt alleen aangeboden in een residentiële setting	11
Interventie wordt als jeugdstrafrechtmaatregel opgelegd	4
Interventie omvat een universeel preventief programma	3
Totaal	122

Per interventie is vervolgens gecodeerd op welke dynamische risicofactoren wordt aangegrepen. Hiervoor zijn interventieprotocollen, -handleidingen, en/of –beschrijvingen geraadpleegd. Om een uitspraak te kunnen doen over de betrouwbaarheid van deze coderingen werden alle interventies dubbel gecodeerd door de tweede en derde auteur van dit artikel, waarna de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid werd bepaald. Deze bleek goed te zijn op grond van een Krippendorff's alfa van .88 en criteria van Krippendorff voor het interpreteren van deze waarde. Alle verschillen in de codering werden besproken, wat leidde tot een definitieve codering met een overeenkomst van 100% (en een Krippendorff's alfa van 1). In totaal zijn 116 interventies gecodeerd. Naast de dynamische risicofactoren werd aanvullende informatie gecodeerd die relevant is in het kiezen van passende interventies, waaronder: contra-indicaties bij het kind (zoals acute psychose of suïcidaliteit, ernstige gedrags- en/of agressieproblemen, seksueel overschrijdend gedrag), contra-indicaties bij de opvoeder(s) (zoals acute psychose of suïcidaliteit, (licht) verstandelijke beperking), een eventuele specifieke doelgroep van kinderen waarop een interventie zich richt (zoals minderjarige vluchtelingen, kinderen met ADHD, ODD of ASS, kinderen die mishandeld zijn), een eventuele specifieke doelgroep van opvoeders waarop een interventie zich richt (zoals tienermoeders, gescheiden opvoeders, opvoeders met psychiatrische of verslavingsproblematiek), en tot slot, de intensiteit van de hulpverlening.

3. Resultaten

3.1 Overzicht dynamische risicofactoren voor kindermishandeling

In Tabel 2 staan de geselecteerde dynamische risicofactoren en het percentage interventies dat aangrijpt op elke factor. Voor de meeste risicofactoren geldt dat de sterkte van de samenhang tussen de risicofactor en kindermishandeling klein tot matig is. Voor het taxeren van de dynamische risicofactoren is een gestructureerde vragenlijst ontworpen die de kern vormt van het behoeftetaxatie-onderdeel van *ARIJ-Needs*. Tabel 3 (zie blz. 13 t/m 17) toont alle items van *ARIJ-Needs*, die dynamische risicofactoren, en dus zorgbehoeften, meten. Deze dynamische risicofactoren kunnen in een gestructureerd interview getaxeerd worden. In Bijlage 1 (zie blz. 30-31) is per risicofactor aangegeven uit welke bron de betreffende factor afkomstig is.

Tabel 2. De 51 dynamische risicofactoren voor behoeftetaxatie en het percentage interventies dat aangrijpt op elk van deze factoren ($N = 116$ interventies)

Ouderfactoren (#16)		Opvoedingsfactoren (#18)	
Psychische/psychiatrische problemen (algemeen)	31.9	Inadequaat opvoedgedrag (algemeen)	65.5
(Kenmerken van) een depressie	10.3	Problemen met stellen van regels en grenzen	50.0
(Kenmerken van) angst en/of paniek	9.5	Onvoldoende gericht op stimuleren/ontwikkelen	30.2
(Kenmerken van) trauma	6.9	Problemen in de ouder-kind interactie	66.4
Problematisch gebruik van middelen of gokken	16.4	Opvoeder is onvoldoende sensitief	32.8
Antisociaal en/of crimineel gedrag	5.2	Opvoeder is onvoldoende responsief	25.9
Gezondheidsproblemen opvoeder	10.3	Opvoeder heeft onrealistische verwachtingen	17.2
Verleden kindermishandeling/huiselijk geweld	4.3	Disfunctionele attitudes, waarden en normen	7.8
Problemen agressie en/of woederegulatie	25.9	Opvoeder ervaart kind als probleem	7.8
Niet positief over de relatie met de eigen ouders	1.7	Autoritaire opvoedingsstijl (algemeen)	20.7
Weinig zelfvertrouwen	20.7	Controlerend opvoedgedrag	3.4
Onvoldoende vertrouwen in opvoedcompetenties	15.5	Lichamelijke straffen in de opvoeding	18.1
Laag probleemoplossend vermogen	30.2	Verbaal geweld in de opvoeding	12.9
Opvoeder ervaart stress	31.9	Nalatende opvoedingsstijl (algemeen)	58.6
Opvoedproblemen zien als minder ernstig	4.3	Onvoldoende bescherming/toezicht/veiligheid	45.7
Vermijdend, afwijzend of beperkt gemotiveerd	26.7	Onvoldoende basale verzorging van het kind	12.1
Kindfactoren (#10)		Onvoldoende stabiliteit in de opvoeding	31.9
Internaliserende problematiek (algemeen)	61.2	Onvoldoende emotionele beschikbaarheid	19.0
Externaliserende problematiek (algemeen)	69.8	Gezinsfactoren (#7)	
Problemen in de gehechtheidsrelatie	12.1	Problemen in het gezinssysteem (algemeen)	60.3
Ontwikkelings- en/of leerproblemen	13.8	Huiselijk geweld	26.7
Problemen in seksuele ontwikkeling	12.9	Kindermishandeling	14.7

Middelengebruik/gokken/gamen	16.4	Veel conflicten	45.7
Problemen in sociale interacties/relaties	50.0	Problemen in de relatie tussen opvoeders	34.5
Weinig sociale steun en/of sociaal isolement	34.4	Weinig sociale steun/sociaal isolement	46.6
Seksueel overschrijdend gedrag	4.3	Materiële/financiële problemen	19.0
School/werk-gerelateerde problemen	32.8		

3.2 Overzicht geïncludeerde interventies

Tabel 4 (zie blz. 17 t/m 19) geeft een overzicht van de 116 interventies die zijn geïncludeerd op basis van de in de Methodesectie beschreven inclusie- en exclusiecriteria. Van de 116 geïncludeerde interventies waren er 14 (12.1%) beoordeeld als evidence-based op grond van de twee NJI-criteria “goede aanwijzingen voor effectiviteit” en “sterke aanwijzingen voor effectiviteit” (zie Tabel 5). Dit betekent dat deze interventies ofwel beoordeeld zijn als effectief volgens sterke aanwijzingen voor effectiviteit (6 interventies), ofwel als effectief volgens goede aanwijzingen voor effectiviteit (8 interventies). Het grootste deel van de interventies (77 interventies) is beoordeeld als ‘goed onderbouwd’, wat betekent dat sprake is van een goede interventietheorie. Daarnaast waren 18 interventies geïncludeerd die niet beoordeeld zijn, niet erkend zijn, nog worden beoordeeld op geschiktheid voor opname in de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het NJI, of niet meer erkend worden door het NJI omdat de erkenning is verlopen. In Tabel 5 staat hoe de 116 geïncludeerde interventies verdeeld zijn over de NJI-criteria voor effectiviteit. In Bijlage 2 wordt van elke geïncludeerde interventie een samenvattende beschrijving gegeven samen met contra-indicaties en/of bijzonderheden.

Tabel 5. Beoordeling van effectiviteit van interventies

Beoordeling effectiviteit	Aantal
Goed onderbouwd	77
Eerste aanwijzingen effectiviteit	7
Goede aanwijzingen effectiviteit	8
Sterke aanwijzingen effectiviteit	6
Overig (nog niet beoordeeld, beoordeling verlopen etc.)	18
Totaal	116

[De tekst gaat verder op bladzijde 21]

Tabel 3. Items van ARIJ-Needs.

1. Opvoedingsfactoren	
Gedrag/Vaardigheden/Attitude	
(1)	<p>Algemeen: Inadequaar opvoedgedrag</p> <p>Gebrek aan opvoedcompetenties opvoeder(s), inadequaar opvoedgedrag niet nader gespecificeerd</p>
(2)	<p>Problemen met het stellen van regels en grenzen</p> <p>Opvoeder heeft problemen met het stellen en/of handhaven van regels en grenzen. Opvoeder stelt te veel of te weinig regels en grenzen of niet passend bij de leeftijd en behoefte van het kind; opvoeder is inconsequent in het stellen van regels en grenzen.</p>
(3)	<p>Opvoeding onvoldoende gericht op stimuleren/ontwikkelen</p> <p>Opvoeder is onvoldoende gericht op stimuleren, leren en ontwikkelen. Er is sprake van een opvoedingspatroon waarbij de jeugdige onvoldoende uitgenodigd en uitgedaagd wordt om zich op sociaal, cognitief en/of emotioneel vlak te ontwikkelen.</p>
(4)	<p>Problemen ouder-kind interactie</p> <p>Hierbij kan het gaan om slechte kwaliteit van communicatie met het kind; geen optimale hechtingsrelatie tussen kind en opvoeder; geen fysieke affectie van opvoeder; opvoeder toont weinig empathie naar het kind; opvoeder ervaart het kind als negatief; opvoeder is emotioneel onvoldoende verbonden met het kind; opvoeder en kind hebben een slechte band; conflictueuze ouder-kindrelatie.</p>
(5)	<p>Opvoeder onvoldoende sensitief</p> <p>Bij jonge kinderen is de opvoeder onvoldoende gevoelig voor de (non-verbale) signalen die het kind afgeeft door b.v. het kind goed te observeren. Ook het niet goed begrijpen/interpreteren wat het kind bedoelt, voelt en beleeft naar aanleiding van de kindsignalen vallen hieronder. Bij oudere kinderen is de opvoeder onvoldoende in staat het gedrag van het kind adequaat waar te nemen en te interpreteren/beoordelen.</p>
(6)	<p>Opvoeder onvoldoende responsief</p> <p>Bij jongere kinderen reageert de opvoeder niet adequaat genoeg door op de juiste manieren op de (non-verbale) signalen van het kind te reageren, waaronder het benoemen/verwoorden van emoties en gevoelens van het kind en hier begrip voor tonen, ingaan op signalen die aangeven dat het kind behoefte heeft aan contact of andere manier van emotionele ondersteuning. Bij oudere kinderen is de opvoeder onvoldoende in staat adequaat te reageren op de (verbaliseerde) emoties en gedrag van het kind.</p>
(7)	<p>Onrealistische verwachtingen</p> <p>Opvoeder heeft onrealistische of niet passende verwachtingen ten aanzien van (de ontwikkeling) van het kind.</p>
(8)	<p>Disfunctionele attitudes, waarden en normen</p> <p>Opvoeder heeft disfunctionele attitudes, waarden en normen ten aanzien van de opvoeding. Voorbeelden hiervan zijn conservatieve gezins-/seksuele waarden, een negatieve houding over ouderschap b.v. voorafgaand aan de zwangerschap of opvoeder gelooft in superioriteit van mannen boven vrouwen.</p>
(9)	<p>Opvoeder ervaart kind als probleem</p> <p>Het gedrag van het kind wordt door de opvoeder als lastig, vervelend of een probleem ervaren; het kind wordt gezien als veroorzaker van problemen.</p>

Autoritaire opvoedingsstijl**(10) Autoritaire opvoedingsstijl (algemeen)**

Opvoeder hanteert een autoritaire opvoedingsstijl. De opvoeder is dominant en de band tussen de opvoeder en het kind is gebaseerd op een machtsstructuur. Voorbeelden van deze opvoedingsstijl zijn: de opvoeder laat streng of oneerlijk en/of te controlerend opvoedgedrag zien; er is sprake van een opvoeder die overheersend gedrag vertoont, zoals manipulatief gedrag, het voortdurend streven naar perfectie, het hebben van een sterke drang om te controleren, het willen isoleren van kinderen en/of het persoonlijk opnemen van successen/falen van kinderen.

(11) Controlerend opvoedgedrag

Opvoeder vertoont controlerend opvoedgedrag

(12) Lichamelijke straffen in de opvoeding

Opvoeder past lichamelijke straffen toe in de opvoeding

(13) Verbaal geweld in de opvoeding

Opvoeder past verbaal geweld toe in de opvoeding, b.v. schreeuwen en schelden.

Nalatende opvoedingsstijl**(14) Nalatende opvoedingsstijl (algemeen)**

Opvoeder hanteert een nalatende opvoedingsstijl. Er is sprake van weinig betrokkenheid van de opvoeder bij het kind en weinig controle. Het verwaarlozende patroon wordt gekenmerkt door het ontbreken van interesse voor het kind en het wegvallen van essentiële ouderlijke functies zoals het bieden van warmte, steun, het stellen van regels en grenzen, en het geven van raad en advies.

(15) Onvoldoende bescherming, toezicht en veiligheid

Opvoeder beschermt het kind onvoldoende tegen gevaar of schade, waaronder contacten met derden die mogelijk gevaar opleveren voor het kind; opvoeder heeft onvoldoende toezicht op waar het kind is en wat het kind doet.

(16) Onvoldoende zorg voor de basale verzorging

Opvoeder voorziet onvoldoende in de fysieke behoeften van het kind, zoals onderdak, voeding en kleding of in de noodzakelijke medische zorg.

(17) Onvoldoende stabiliteit

De opvoeder biedt onvoldoende stabiliteit in de opvoeding, waardoor het kind niet kan rekenen op continuïteit in zijn opvoeding en verzorging. Voorbeelden: opvoeder biedt onvoldoende regelmaat en structuur in de opvoeding, opvoeder is onvoorspelbaar in zijn gedrag, opvoeder is inconsequent, opvoeders hanteren niet één lijn hanteert in de opvoeding.

(18) Onvoldoende emotionele betrokkenheid

Opvoeder biedt onvoldoende warmte, medeleven en emotionele steun, opvoeder is emotioneel onvoldoende/niet beschikbaar voor het kind, bijvoorbeeld doordat de opvoeder in beslag wordt genomen door eigen problematiek zoals schulden, depressie of ziekte.

2. Gezinsfactoren**(1) Problematisch functioneren gezinssysteem**

Er is sprake van disfunctionele gedragspatronen binnen het gezin, conflicten, negatief gezins-/opvoedklimaat, weinig overleg/communicatie binnen het gezin.

(2) Huiselijk geweld

Er is sprake van geweld in de thuisomgeving van het gezin. Kind is getuige van lichamelijk, psychisch en/of seksueel geweld of pogingen of dreigementen daartoe tussen gezinsleden.

(3) **Kindermishandeling**

Er is sprake van kindermishandeling, waaronder lichamelijk geweld, psychisch geweld, verwaarlozing en/of seksueel misbruik.

(4) **Veel conflicten in het gezin**

De gezinsleden hebben veel onderlinge conflicten (ouders/kind/broers/zussen).

(5) **Problemen tussen opvoeders**

Het gaat hier zowel om de huidige relatie als eerdere relaties die een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van het huidige handelen van de opvoeder. Het problematische karakter van de relatie kan bestaan uit veel conflicten, fysiek geweld, conflictueuze scheiding, instabiliteit in relaties, ontevredenheid over de relatie, veel wisselende relaties en/of gebrek aan onderlinge steun/saamhorigheid.

(6) **Weinig sociale steun/sociaal isolement**

Opvoeder heeft weinig contact met en steun van familie, vrienden of buurtgenoten, of heeft een beperkt sociaal netwerk. Alle zorg komt op de opvoeder neer, er is niemand om op terug te vallen ter ondersteuning.

(7) **Materiële/financiële problemen**

Opvoeder heeft materiële en/of financiële problemen zoals slechte huisvesting, schulden, laag inkomen; gezin leeft onder/rond armoedegrens, kostwinner is werkloos, lage sociaal economische status.

3. Ouderfactoren

Psychiatrische-, psychische- en gezondheidsproblemen

(1) **Psychische/psychiatrische problemen**

Opvoeder heeft psychische/psychiatrische problemen. Van lichte vormen van psychische problemen, zoals somberheid, schuld- of schaamtegevoelens tot ernstige (gediagnosticeerde) psychiatrische problematiek.

(2) **Depressieve gevoelens**

Opvoeder heeft (verschijnselen van) een depressie

(3) **Angstgevoelens**

Opvoeder heeft (verschijnselen van) angst en/of paniek (stoornis)

(4) **Trauma**

Opvoeder heeft (verschijnselen van) trauma / PTSS

(5) **Problematisch middelengebruik of gokken**

Opvoeder heeft een drugs-/alcoholverslaving/heeft problemen met drugs-/alcoholgebruik; opvoeder heeft problemen met gokken/is gokverslaafd.

(6) **Antisociaal en/of crimineel gedrag**

Opvoeder vertoont antisociaal of crimineel gedrag, waaronder het plegen van misdrijven of overtredingen. Hieronder vallen ook politiecontacten en/of verdacht zijn van een delict.

(7) **Gezondheidsproblemen opvoeder**

Opvoeder heeft gezondheidsproblemen anders dan psychiatrische problemen, bv. ziekte of beperking.

(8) **Verleden van kindermishandeling/huiselijk geweld**

Opvoeder heeft in enige mate last van een verleden van kindermishandeling en/of huiselijk geweld

Gedrag/Vaardigheden/Attitude**(9) Problemen agressieregulatie**

Opvoeder heeft agressieproblemen en/of reguleert boosheid onvoldoende. Opvoeder wordt snel boos en/of uit dit sterk door bijvoorbeeld schelden, schreeuwen of ander agressief gedrag.

(10) Niet positief over relatie met eigen ouders

Opvoeder is niet positief over de relatie met de eigen ouders/opvoeder(s) (als volwassene.)

(11) Weinig zelfvertrouwen

Opvoeder heeft weinig zelfvertrouwen, niet zozeer alleen over opvoedcompetenties maar in het algemeen.

(12) Onvoldoende vertrouwen opvoedcompetenties

Opvoeder heeft onvoldoende vertrouwen in eigen opvoedcompetenties

(13) Laag probleemoplossend vermogen

Opvoeder heeft een laag probleemoplossend vermogen, zowel bij problemen in het leven van de opvoeder zelf als bij specifieke kindproblemen.

(14) Opvoeder ervaart stress

Opvoeder ervaart stress in het dagelijkse leven; er is sprake van een onbalans in de draagkracht-draaglast van de opvoeder.

(15) Opvoedproblemen als minder ernstig beschouwd

Opvoeder beschouwt gesignaleerde opvoedproblemen als minder ernstig dan de hulpverlener

(16) Vermijdend, afwijzend of beperkt gemotiveerd

Opvoeder is vermijdend, afwijzend of (zeer) beperkt gemotiveerd ten aanzien van de hulpverlening

4. Kindfactoren**(1) Internaliserende problematiek**

Van lichte vormen van internaliserend gedrag, zoals somberheid en teruggetrokken gedrag, faalangst laag zelfvertrouwen, tot ernstige internaliserende problematiek, zoals angst en depressie.

(2) Externaliserende problematiek

Van lichte vormen van externaliserend gedrag, zoals dwars gedrag en boosheid, tot ernstige externaliserende problematiek, zoals ADHD en ODD. Ook: het vertonen van antisociaal/delinquent gedrag, bijv. begaan van misdrijven of overtredingen, politiecontacten en/of verdacht zijn van een delict. Hierbij betreft het de huidige situatie.

(3) Problemen in gehechtheidsrelatie

Kind heeft problemen in de ontwikkeling van een kwalitatief goede gehechtheid met opvoeder(s). Of er zijn vermoedens van problemen in de gehechtheid tussen kind en opvoeder(s) en/of er is sprake van een gehechtheidsstoornis.

(4) Ontwikkelings- en/of leerproblemen

Kind heeft vertraging in motorische ontwikkeling, spraak- en taalontwikkeling of emotionele ontwikkeling. Hieronder vallen ook huil-, slaap-, en eetproblemen.

(5) Problemen in de seksuele ontwikkeling

Kind ervaart problemen met seks, grenzen, dwang, liefde en relaties.

(6) Problematisch gebruik van middelen, gokken of gamen	Kind heeft een drugs-/alcoholverslaving of heeft problemen met drugs-/alcoholgebruik; kind heeft problemen met gokken/is gokverslaafd; kind heeft problemen met gamen/is gameverslaafd.)
(7) Problemen in sociale interacties	Kind heeft problemen met het aangaan van sociale relaties; kind heeft geen of nauwelijks echte vrienden; kind wordt gepest; kind heeft vrienden die een negatieve invloed hebben op het kind; kind heeft problemen met het interpreteren van sociale signalen en/of sociale situaties.
(8) Weinig sociale steun en/of sociaal isolement	Kind is sociaal geïsoleerd en/of beschikt over een beperkt sociaal netwerk en/of ervaart weinig sociale steun; kind is ontevreden over eigen sociaal leven.
(9) Kind vertoont seksueel overschrijdend gedrag	Seksueel grensoverschrijdend gedrag omvat elke vorm van seksueel gedrag of seksuele toenadering in verbale, non-verbale of fysieke zin, waarbij in seksueel contact aan één of meerdere van de volgende zes criteria niet wordt voldaan: 1. wederzijdse toestemming, 2. vrijwilligheid, 3. gelijkwaardigheid, 4. leeftijds- of ontwikkelingsadequaat, 5. contextadequaat, 6. Zelfrespect.
(10) Kind heeft school/werk-gerelateerde problemen	Kind presteert bijvoorbeeld ondermaats, spijbelt, is geschorst en/of is een voortijdig schoolverlater; kind/jongere is werkloos/ontslagen; kind heeft problemen met de werkhouding op school of in een werksituatie; kind heeft op school/werk moeite met regels, het nakomen van afspraken en/of het omgaan met kritiek en aanwijzingen.

Tabel 4. *Geïncludeerde interventies in de database van ARIJ-Needs.*

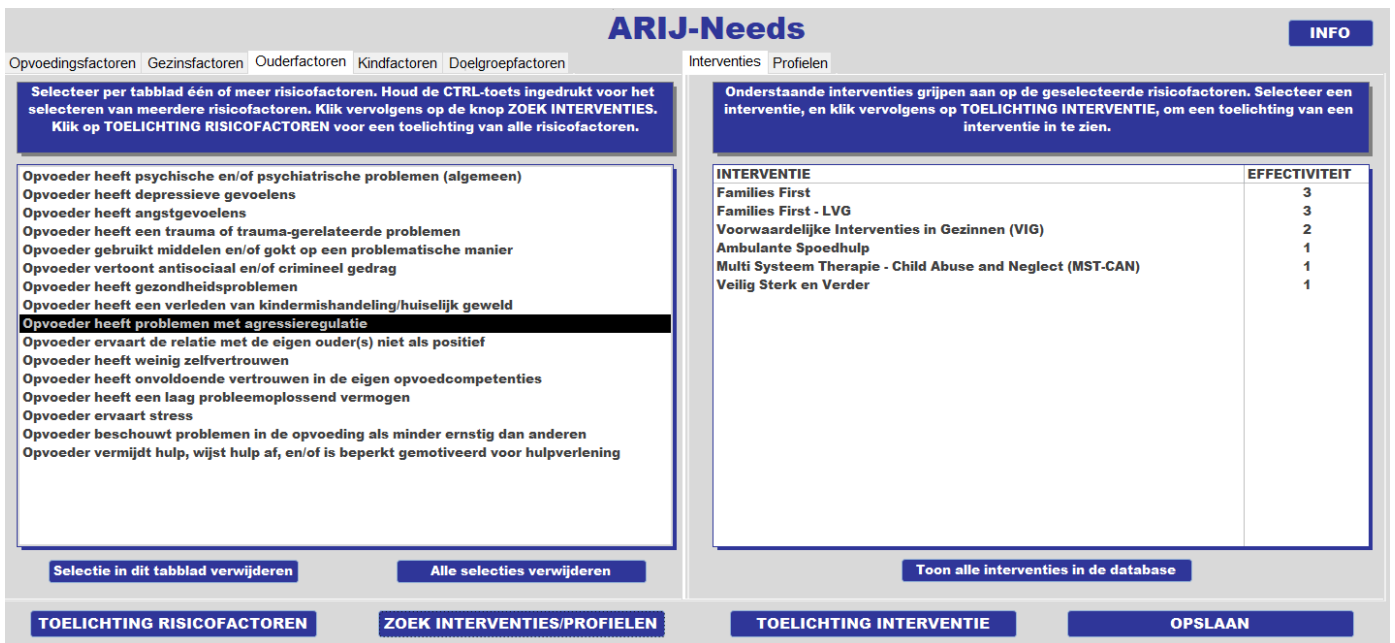
Geïncludeerde interventies		
1	Aan de slag	59 Move2Learn (M2L)- groep
2	Aggression Replacement Training (ART)	60 Move2Learn (M2L)- individueel
3	Agressie Regulatie op Maat (16-)	61 Multi Systeem Therapie
4	Agressie Regulatie op Maat Ambulant	62 Multi-Systeem Therapie (CAN)
5	Alles Kidzzz	63 Multidimensionele Familitherapie (MDFT)
6	Als ik haar was	64 Multifocus
7	Als muren kunnen praten	65 My Identity
8	Altra Salto	66 Niet meer door het lint – kind
9	Ambulante Spoedhulp	67 Niet meer door het lint – opvoeder
10	Asja	68 Nieuwe Perspectieven
11	Basic Trustmethode	69 Nieuwe Perspectieven-LVB
12	BASTA!	70 Onderwijszorgarrangement Optimist
13	Bedwing je dwang	71 Oranje Huis
14	BPTG voor kinderen met ADHD	72 Ouder-Baby interventie
15	Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg	73 Ouderschap Blijft

Geïnccludeerde interventies			
16	Bewust actief leren (BAL)	74	Ouderschap met Liefde en Grenzen
17	Coach je kind	75	Ouderschap na scheiding
18	Competentietraining 6-12 jarigen Het ABC	76	Pak Aan
19	Dappere Dino's (CODIP-NL 6-8 jaar)	77	Parent Child Interaction Therapy (PCIT)
20	Dappere Kat	78	Pedagogisch adviseren
21	De Aanpak	79	Piep zei de muis
22	De D(o)epressiecrusus	80	Pleegouder – Pleegkind interactie (PPI)
23	Denken+Doen=Durven	81	Praten met kinderen
24	DGT-J	82	PratenOnline
25	Directieve Thuisbehandeling (DT)	83	Pubers met ADHD: een ouder programma
26	Doen Wat Werkt	84	Relationele Gezinstherapie (RGT)
27	Eerste hulp bij een huisverbod	85	Reset
28	Eigen Kracht Conferentie	86	Romeo
29	EMDR - Kinderen	87	Samen misbruik de baas-kind
30	EMDR – Opvoeders	88	Samen misbruik de baas-opvoeder
31	Families First	89	Samen stevig staan
32	Families First-LVG	90	School Time Out Project (STOP)
33	FACT	91	School2Care
34	Geweldloos verzet in gezinnen	92	Shantala Babymasage individueel
35	Gordon training	93	Signs of Safety
36	GripOpJeDip online	94	Stevig Ouderschap
37	Groepsmediatietherapie bij ADHD	95	Stoere schildpadden
38	Head Up	96	Stop 4-7 – Samen sterker Terug op Pad
39	Heibel thuis	97	Storm en Spetters
40	Horizonmethodiek	98	Survival Kid
41	HouVast, stut en steun voor gezinnen met LVB	99	Themis opvoedcursus
42	Incredible Years (Basis)	100	TOM-training
43	ITGG	101	TFCO-A
44	Intensieve ambulante gezinsbegeleiding	102	Triple P niveau 5
45	Intensieve ambulante gezinsbegeleiding LVB	103	Triple P niveau2
46	Intensieve Preventieve Aanpak (IPA)	104	Triple P niveau3
47	Je bibbers de baas	105	Triple P niveau4 groep
48	Julia	106	Triple P niveau4 individueel
49	Kanjertraining	107	Triple P niveau4 zelfgestuurd
50	KIES - kinderen in echtscheidingsituaties	108	Uit de schaduw van een ander

Geïnccludeerde interventies			
51	KopOpOuders Online	109	Veilig Sterk en Verder
52	Kopstoring	110	Vertrektraining
53	K-VHT voor gezinnen met jonge kinderen	111	Video Hometraining basisschoolleeftijd
54	Krachtwerk	112	VIPP-SD
55	Make up your Mind	113	Voorwaardelijke Interventies in Gezinnen (VIG)
56	MeMoSA	114	Voorzorg
57	Minder boos en opstandig	115	Vrienden
58	Moti-4	116	WRITEjunior



Figuur 2. Schermafdruk van ARIJ-Needs met het tabblad Gezinsfactoren geopend. Schermafdruk van ARIJ-Needs waarin linksboven het tabblad “Gezinsfactoren” is geopend. In het linkerveld zijn de gezinsfactoren zichtbaar die een deel van de items vormen van ARIJ-Needs (zie ook Tabel 2 op blz. 23 van het artikel). Nadat alle zorgbehoeften in kaart zijn gebracht en op de knop ZOEK INTERVENTIES/PROFIELEN is gedrukt, worden in het rechterveld interventies gepresenteerd die passen bij de selectie van één of meerdere risicofactoren. Na openen van het tabblad “Profielen” (rechtsboven) is zichtbaar welke van 11 ondersteuningsprofielen – die gebruikt worden in de regio Amsterdam-Amstelland en Zaanstreek-Waterland – passen bij de selectie van risicofactoren. Van elke risicofactor en van elke interventie in de database kan een toelichting worden opgevraagd (respectievelijk met de knop TOELICHTING RISICOFACTOREN en TOELICHTING INTERVENTIE). De geselecteerde risicofactoren en de interventies die daarop aangrijpen kunnen opgeslagen worden in een rapport in PDF-formaat (knop OPSLAAN).



Figuur 3. Schermafdruk van ARIJ-Needs met in het rechterveld de interventies die aangrijpen op de volgende geselecteerde risicofactoren: “er zijn ruzies in het gezin”, “huiselijk geweld”, “ouders zijn emotioneel niet beschikbaar”, en “ouder met agressieproblemen en/of problemen met regulatie van boosheid”. Omdat linksboven het tabblad “Ouderfactoren” is geopend, is alleen deze laatste factor zichtbaar in de lijst van (oudergerelateerde) risicofactoren. Zie Box 1 voor de bijbehorende casus, en de tekst voor een uitwerking daarvan.

Van de geïncludeerde interventies zijn er 56 gericht op preventie, 18 op ondersteuning en 81 op behandeling (zie Tabel 6). Daarnaast zijn 21 interventies geschikt voor gezinnen waarin sprake is van een crisis, zijn er 29 geschikt in geval van (vermoedelijke) directe kindonveiligheid, en zijn er 99 geschikt wanneer sprake is van een risico op toekomstige kindonveiligheid (dus risicogestuurde en/of herstelgerichte zorg) zonder dat sprake is van een crisis of (vermoedelijke) directe kindonveiligheid.

Tabel 6. Enkele kenmerken van de geïncludeerde interventies

Kenmerken interventies	<i>n</i>	%
Algemeen doel		
Preventie	56	48,3%
Ondersteuning	18	15,5%
Behandeling	81	69,8%
Specifiek doel		
Oplossen van acute crisis	21	18,1%
Oplossen (vermoedelijke) directe kindonveiligheid	29	25,0%
Verklagen van het risico op toekomstige kindonveiligheid	99	85,3%

In Tabel 7 (zie blz. 22/23) staat per dynamische risicofactor van de *ARIJ-Needs* hoeveel interventies aangrijpen op de betreffende factor. In deze tabel worden alle interventies onderscheiden van interventies voor acute crisissituaties, interventies voor (vermoedelijke) directe kindonveiligheid, en interventies voor het verlagen van het risico op toekomstige kindonveiligheid. Risicofactoren die in meer dan de helft van de interventies worden aangepakt zijn: ‘inadequaate opvoedgedrag’, ‘problemen met het stellen van regels en grenzen’, ‘problemen in de ouder-kind interactie’, ‘problematisch functionerend gezinssysteem’, ‘internaliserende problematiek van kinderen’, ‘externaliserende problematiek van kinderen’ en ‘problemen in sociale interacties van kinderen’. Interventies voor acute crisissituaties en het oplossen van directe kindonveiligheid zijn in de meeste gevallen gericht op ‘onvoldoende bescherming/toezicht/veiligheid’, ‘opvoeder biedt onvoldoende stabiliteit’, ‘huiselijk geweld’, ‘veel conflicten in het gezin’, ‘problemen tussen opvoeders’, ‘weinig sociale steun/sociaal isolement’ en ‘materiële/financiële problemen’.

Tabel 7. Percentage interventies dat aangrijpt op elke dynamische risicofactor van *ARIJ-Needs*

	Alle interventies (n = 116)	Toekomstige onveiligheid (n = 82)	Huidige onveilig. (n = 13)	Crisis (n = 21)
Opvoedingsfactoren	%	%	%	%
Inadequaar opvoedgedrag (algemeen)	66%	57%	92%	81%
Problemen met stellen van regels en grenzen	50%	49%	69%	43%
Onvoldoende gericht op stimuleren/ontwikkelen	30%	29%	39%	29%
Problemen in ouder-kind interactie	66%	62%	85%	71%
Opvoeder(s) onvoldoende sensitief	33%	30%	46%	33%
Opvoeder(s) onvoldoende responsief	26%	22%	46%	29%
Opvoeder(s) heeft onrealistische verwachtingen	17%	13%	46%	14%
Disfunctionele attitudes, waarden en normen	8%	7%	8%	10%
Opvoeder(s) ervaart kind als probleem	8%	5%	15%	14%
Autoritaire opvoedingsstijl (algemeen)	3%	2%	0%	5%
Controlerend opvoedgedrag	3%	4%	0%	5%
Lichamelijke straffen in de opvoeding	18%	9%	23%	52%
Verbaal geweld in de opvoeding	13%	7%	0%	43%
Nalatende opvoedingsstijl (algemeen)	9%	0%	2%	43%
Onvoldoende bescherming/toezicht/veiligheid	46%	28%	68%	95%
Onvoldoende zorg voor de basale verzorging	12%	2%	39%	33%
Opvoeder(s) biedt onvoldoende stabiliteit	32%	23%	62%	48%
Onvoldoende emotionele betrokkenheid	19%	13%	31%	33%
Gezinsfactoren				
Problematisch functioneren gezinssysteem	60%	49%	77%	95%
Huiselijk geweld in de thuisomgeving kind	27%	7%	62%	81%
Kindermishandeling	15%	1%	31%	57%
Veel conflicten in het gezin	46%	35%	62%	76%
Problemen tussen opvoeders	35%	15%	77%	86%
Weinig sociale steun en/of in sociaal isolement	47%	29%	92%	86%
Materiële/financiële problemen	19%	4%	46%	62%
Ouderfactoren				
Psychische/psychiatrische problemen	32%	20%	46%	71%
Depressieve gevoelens	10%	9%	8%	19%
Angstgevoelens	10%	9%	0%	19%
Trauma / PTSS	7%	2%	2%	24%
Problematisch middelengebruik of gokken	16%	2%	46%	52%
Antisociaal en/of crimineel gedrag	5%	1%	2%	19%
Opvoeder(s) heeft gezondheidsproblemen	10%	2%	23%	33%

	Alle interventies (n = 116)	Toekomstige onveiligheid (n = 82)	Huidige onveilig. (n = 13)	Crisis (n = 21)
Verleden kindermishandeling/huiselijk geweld	4%	2%	2%	10%
Problemen agressie en/of regulatie boosheid	26%	17%	15%	67%
Niet positief over de relatie met de eigen ouders	2%	0%	2%	5%
Opvoeder(s) heeft weinig zelfvertrouwen	21%	18%	31%	24%
Onvoldoende vertrouwen opvoedcompetenties	16%	13%	31%	14%
Laag probleemoplossend vermogen	30%	24%	31%	52%
Opvoeder(s) ervaart stress	32%	22%	46%	62%
Opvoedproblemen als minder ernstig beschouwd	4%	1%	2%	14%
Vermijdend. afwijzend of beperkt gemotiveerd	27%	12%	46%	71%
Kindfactoren				
Internaliserende problematiek	61%	67%	54%	43%
Externaliserende problematiek	70%	73%	62%	62%
Problemen in ontwikkeling gehechtheidsrelatie	12%	11%	15%	14%
Ontwikkelings- en/of leerproblemen	14%	17%	2%	5%
Problemen in de seksuele ontwikkeling	13%	13%	0%	19%
Problematisch gebruik van middelen	16%	16%	0%	29%
Problemen in sociale interacties	50%	52%	46%	43%
Weinig sociale steun en/of in sociaal isolement	34%	34%	31%	38%
Kind vertoont seksueel overschrijdend gedrag	4%	2%	0%	14%
Kind heeft school/werk-gerelateerde problemen	33%	31%	31%	43%

3.3 Beslissingsondersteunende module

Nadat de dynamische risicofactoren in een specifieke casus zijn geïnventariseerd kan de professional nagaan welke interventies hierop gericht zijn en een beslissing nemen over de best passende hulpverlening. Om de professional te ondersteunen in deze besluitvorming is een module ontwikkeld waarmee getaxeerde dynamische risicofactoren automatisch worden gekoppeld aan interventies die aangrijpen op deze factoren. Zowel deze module als het instrument voor behoeftetaxatie zijn geïntegreerd in een computerapplicatie, waarmee een professional op gestructureerde wijze dynamische risicofactoren kan inventariseren en een overzicht kan verkrijgen van alle interventies die zich volgens de interventiebeschrijving richten op de getaxeerde risicofactoren. Deze applicatie omvat een database met een interface om de database te bevragen, en is geprogrammeerd in *Microsoft Access* (32-bits). Figuur 2 (blz. 20) laat een schermafdrruk zien van *ARIJ-Needs*, waarbij de gezinsfactoren zichtbaar zijn

gemaakt. Nadat relevante opvoedingsfactoren, gezinsfactoren, ouderfactoren en kindfactoren zijn geselecteerd gegeven een casus, worden interventies getoond die daarop aangrijpen (zie Figuur 3; blz. 20). Bovendien kan van deze interventies aanvullende informatie worden bekeken, waaronder (1) of een interventie zich op een specifieke doelgroep richt (zoals kinderen of ouders met LVB), (2) contra-indicaties van een interventie, (3) intensiteit van een interventie, en (4) Nederlandse provincies waarin een interventie wordt aangeboden. Vervolgens kan de professional een keuze maken uit de gepresenteerde interventies, met daarbij meewegend de spoedeisendheid en ernst van de situatie.

Het afnemen van *ARIJ-Needs* duurt naar verwachting ongeveer een uur. De dynamische risicofactoren (items) kunnen worden getaxeerd in een gestructureerd interview met het gezin. Indien nodig kunnen ook andere bronnen worden geraadpleegd, zoals hulpverleningsinstanties of schoolpersoneel. Om *ARIJ-Needs* te kunnen afnemen moet een professional basiskennis hebben van de principes van risicogestuurde en herstelgerichte zorg, en ervaring hebben met klinisch handelen dat gericht is op het voorkomen van kindermishandeling. Bovendien is belangrijk dat professionals geïnstrueerd worden in de bruikbaarheid en grenzen van *ARIJ-Needs*.

4. Casus I Jesse

In deze paragraaf wordt de werking van *ARIJ-Needs* geïllustreerd met een casus (zie Box I).

Box I: Casus Jesse (fictieve casus)

Jesse is een jongen van 11 jaar en woont samen met zijn vader, moeder en twee broers in de Bijlmer. De vader en moeder van Jesse hebben de laatste tijd zeer regelmatig ruzie. Vader, die regelmatig agressief is, heeft hierbij moeite met het controleren van zijn boosheid. Hierdoor zijn al meerdere incidenten geweest van huiselijk geweld, waarbij hij de moeder van Jesse heeft geslagen in het bijzijn van de kinderen. Door de ruzies zijn beide ouders emotioneel niet beschikbaar voor de kinderen. Bij de meeste recente ruzie tussen de ouders is het zodanig geëscaleerd dat de politie is gebeld door burens en moeder met een botbreuk naar de spoedeisende hulp is gebracht.

In deze casus zijn de volgende vier dynamische risicofactoren aanwezig: (1) er zijn ruzies in het gezin, (2) er is een ouder met agressieproblemen en/of problemen met regulatie van boosheid, (3) er is sprake van huiselijk geweld, en (4) beide ouders zijn emotioneel niet beschikbaar. Op grond van deze taxatie kan met de beslissingsondersteunende module inzichtelijk worden gemaakt welke interventies passend zijn bij deze casus. Dat kan op twee manieren. Ten eerste kunnen in de applicatie alle risicofactoren die zich in deze casus

voordoen gelijktijdig worden geselecteerd, waarna op het scherm interventies worden gepresenteerd die op al deze risicofactoren aangrijpen. Het is ook mogelijk om één of enkele risicofactor(en) te selecteren, waarna interventies worden gepresenteerd die op deze deelselectie van risicofactoren aangrijpen. Desgewenst kan de beslissingsondersteunende module meermaals worden doorlopen, waarbij steeds wisselende (deel)selecties van risicofactoren worden gemaakt. Dit laatste kan nodig zijn in bijvoorbeeld een gezin met (heel) veel zorgbehoeften. Naarmate meer risicofactoren gelijktijdig worden geselecteerd, neemt het aantal interventies dat gelijktijdig aangrijpt op al deze factoren immers af. Figuur 3 laat een schermafbeelding zien van *ARIJ-Needs*, nadat de vier bovengenoemde risicofactoren uit de fictieve casus Jesse (zie Box 1) zijn geselecteerd, en op de knop ‘toon interventies’ is gedrukt. De getoonde interventies (rechts in Figuur 3) richten zich op *alle* geselecteerde risicofactoren. *ARIJ-Needs* bevat per interventie een korte toelichting die kan worden geraadpleegd met daarin onder meer een korte beschrijving van de interventie en informatie over onder meer de intensiteit van de interventie, specifieke doelgroepen, contra-indicaties en plaatsen waar de interventie wordt aangeboden. Op grond van al deze resultaten kan een professional de best passende interventie(s) kiezen. Noodzakelijk is dat in deze keuze rekening wordt gehouden met de spoedeisendheid en ernst van de situatie, specifieke doelgroepen en contra-indicaties.

De interventies die als eerste worden weergegeven in Figuur 3 hebben de hoogste score op de effectiviteitsschaal van het NJI (namelijk score 3, wat betekent ‘effectief volgens eerste aanwijzingen’). De bovenste is *Families First* en het doel van deze interventie is de veiligheid in gezinnen te vergroten in een acute crisissituatie. Hiermee lijkt deze interventie passend bij casus Jesse. Indien bij één van de gezinsleden sprake is van een verstandelijke beperking kan voor *Families First-LVG* worden gekozen. De derde interventie die wordt weergegeven (*Voorwaardelijke Interventie in Gezinnen*), betreft een vorm van gedwongen hulpverlening aan multi-probleemgezinnen en lijkt daarom minder passend bij casus Jesse. *Ambulante Spoedhulp* is, net als *Families First*, een intensieve en kortdurende crisisinterventie en lijkt daarmee ook passend voor casus Jesse. *MST-CAN* is een intensieve behandeling die gestart kan worden als sprake is van kindermishandeling en verwaarlozing. Ook deze interventie lijkt passend, gegeven dat sprake is van huiselijk geweld en het niet emotioneel beschikbaar zijn van beide ouders. Tot slot is de interventie *Veilig Sterk en Verder* gericht op gezinnen waarin structurele fysieke kindermishandeling heeft plaatsgevonden, en lijkt daarmee minder geschikt in casus Jesse.

Samenvattend helpt *ARIJ-Needs* bij (1) het inventariseren van de belangrijkste dynamische risicofactoren in een casus en (2) het verkrijgen van een overzicht van

interventies die zich richten op de combinatie van aanwezige dynamische risicofactoren. Afhankelijk van de spoedeisendheid en ernst van de situatie kan voor een specifieke interventie worden gekozen. Hierbij is het van belang dat steeds de directe veiligheid wordt gemonitord (stap 1a van het besluitvormingsproces) en dat de intensiteit van de gekozen hulpverlening (duur, aantal sessies per week) aansluit bij de hoogte van het risico op toekomstige kindonveiligheid (stap 1b van het besluitvormingsproces). Andere factoren die bij de keuze meewegen is de responsiviteit van het gezin (denk bijvoorbeeld aan de bereidheid van het gezin om deel te nemen aan een interventie). Hieruit vloeit voort dat de uiteindelijke keuze voor de best passende interventie(s) uitsluitend gemaakt kan worden door een (klinisch) professional, en daarom ligt de verantwoordelijkheid hiervoor bij de professional.

5. Discussie

De *ARIJ-Needs* is, voor zover ons bekend, het eerste instrument dat specifiek ontwikkeld is voor jeugdbescherming en voorziet in de behoeftetaxatie en beslissingsondersteuning met als doel het risico op (de herhaling van) kindermishandeling en –verwaarlozing te verlagen. De meerwaarde van *ARIJ-Needs* ten opzichte van de Databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) is dat de keuze van een professional voor passende interventies gebaseerd kan worden op een overzicht van interventies die passen bij (selecties van) specifieke risicofactoren in een casus. In de DEJ kan echter alleen gezocht worden naar interventies op grond van algemeen geformuleerde hoofdproblematiek (zoals “opvoedprobleem” of “kindermishandeling”). Bij gebruik van de DEJ moeten dus alsnog uitgebreide beschrijvingen van interventies worden geraadpleegd om vast te stellen of (en zo ja, welke) interventies beschikbaar zijn die aangrijpen op getaxeerde risicofactoren. Het is dan lastig om een volledig overzicht van passende interventies te verkrijgen, waardoor professionals vaak kiezen voor de bij hen bekende interventies. De validiteit, betrouwbaarheid, en bruikbaarheid van deze eerste versie van *ARIJ-Needs* zal onderzocht worden door het ZonMw-gefinancierde consortium *Effectief vroegtijdig handelen ter voorkoming van kindermishandeling*.

Belangrijk om te vermelden is dat (nog) niet alle Nederlandse interventies opgenomen zijn in *ARIJ-Needs*, omdat het instrument in eerste instantie ontwikkeld is voor zorginstellingen in de regio Amsterdam. Daarmee is *ARIJ-Needs* op dit moment minder bruikbaar voor zorginstellingen in andere regio's. Echter, wij beschouwen de ontwikkeling en validatie van *ARIJ-Needs* als een proces waarin doorlopend gewerkt wordt aan verbetering en uitbreiding met relevante interventies. Zo kan *ARIJ-Needs* in de toekomst ook voor andere

zorginstellingen in Nederland bruikbaar worden gemaakt. Uiteraard is het zeer belangrijk om gebruikerservaringen, de betrouwbaarheid, en de validiteit van *ARIJ-Needs* te onderzoeken. Daarnaast is een urgente vraag of implementatie van *ARIJ-Needs* werkelijk leidt tot betere besluitvorming en dus tot minder kindermishandeling. Ook dient vermeld te worden dat nog maar weinig interventies onderworpen zijn aan grondig en degelijk effectiviteitsonderzoek. Slechts een klein deel van de geïncludeerde interventies (12,1%) is evidence-based, waarbij aangetoonde effecten vaak klein en lange-termijn-effecten onbekend zijn (Euser et al., 2015). Voor veel interventies is dus (nog) geen bewijs voor effectiviteit en daarom is het zeer belangrijk om vooruitgang van cliënten (blijvend) te monitoren. Dit kan bijvoorbeeld door de *ARIJ-Needs* op meerdere momenten af te nemen om na te gaan in welke mate sprake is van een duurzame afname van dynamische risicofactoren.

Tot slot benadrukken wij dat *ARIJ-Needs* geen vervanging is van het oordeel van professionals. De keuze voor de best passende interventie(s) is immers de verantwoordelijkheid van de professional. Van belang is altijd kennis te nemen van uitgebreide interventiebeschrijvingen, zodat ernst en spoedeisendheid, specifieke doelen, doelgroepen, contra-indicaties, en gewenste intensiteit, meewegen in besluitvorming. Daarnaast is een goede inschatting van de responsiviteit van gezinsleden belangrijk en worden ouders en kinderen bij voorkeur betrokken bij het besluitvormingsproces. Dit geeft het gezin vertrouwen en vergroot de kans op een positieve samenwerking. Hierbij gaat het bijvoorbeeld om overeenstemming tussen de professional en het gezin over de (ernst van de) problemen en zorgbehoeften van het kind en gezinsleden. Desondanks verwachten wij dat *ARIJ-Needs* de besluitvorming over het inzetten van passende hulpverlening in jeugdbescherming effectiever, efficiënter, en minder subjectief maakt, onder andere doordat een sterke theorie ten grondslag ligt aan dit instrument (RNR-principes). Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen of *ARIJ-Needs* aan deze verwachting voldoet.

6. Referenties

- Alink, L., Van IJzendoorn, R., Bakermans-Kranenburg, M., Pannebakker, F., Vogels, T., & Euser, S. (2011). *Kindermishandeling in Nederland anno 2010: De tweede nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2010)*. Leiden: Casimir publishers.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law, 16*, 39-55.
- Assink, M., Van der Put, C. E., Kuiper, K., Mulder., & Stams, G. J. J. M. (2016). *Risicofactoren voor kindermishandeling: Een meta-analytisch onderzoek naar risicofactoren voor seksuele mishandeling, fysieke mishandeling en verwaarlozing*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Bartelink, C., De Kwaadsteniet, L., Ten Berge, I., Witteman, C., & Van Gastel, W. (2015). *Betrouwbaarheid en validiteit van de LIRIK: Eindrapport LIRIK valideringsonderzoek*. Utrecht: NJI
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental ecological analysis. *Psychological Bulletin, 114*(3), 413-434.
- Broeders, R., Van der Helm, G. H. P., & Stams, G. J. J. M. (2015). Preventie van gesloten plaatsing van jongeren met ernstige gedragsproblemen in Friesland: Een pleidooi voor een gerichte aanpak. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk, 54*, 318-330.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect, 22*, 1065-1078.
- Cash, S. J. (2001). Risk assessment in child welfare: The art and science. *Children and Youth Services Review, 23*(11), 811-830.
- Euser, S., Alink, L. R., Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van IJzendoorn, M. H. (2015). A gloomy picture: A meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. *BMC Public Health, 15*(1), 1068.
- Hindley, N., Ramchandani, P. G., & Jones, D. P. (2006). Risk factors for recurrence of maltreatment: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood, 91*(9), 744-752.
- Wenar, C., & Kerig, P. (2011). *Developmental Psychopathology: From infancy through adolescence*. NY: McGraw-Hill Publishing.
- Speentjes, P., Thielen F., Ten Have, M., De Graaf, R. & Smit, F. (2016). Kindermishandeling:

- Economische gevolgen op lange termijn. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58(10), 706-711.
- Stith, S. M., Ting Liu, L., Davies, C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., ..., Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta analytic review of the literature. *Agression and Violent Behavior*, 14(1), 13-29.
- Ten Berge, I.J., & Eijgenraam, K. (2007) *Licht Instrument Risicotaxatie Kindermishandeling* (werkversie juni 2007). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Van der Put, C. E., Assink, M., & Stams, G. J. M. (2016a). Het voorspellen van problematische opgroei-of opvoedingssituaties: Onderzoek naar de predictieve validiteit van de LIRIK en de ontwikkeling van een Actuarieel Risicotaxatie Instrument voor Jeugdbescherming (ARIJ). *Kind en Adolescent*, 37(3), 133-154.
- Van der Put, C. E., Bouwmeester-Landweer, M. B. R., Landsmeer-Beker, E. A., Wit, J. M., Dekker, F. W., Kousemaker, N. P. J., & Baartman, H. E. M. (2017). *Screening for potential child maltreatment in parents of a newborn baby: The predictive validity of an Instrument for early identification of Parents At Risk for child Abuse and Neglect (IPARAN)*. Manuscript submitted for publication.
- Van der Put, C. E., Boekhout, N., & Gubbels, J., (2017). *Effectief vroegtijdig handelen ter voorkoming van kindermishandeling: Eindrapport voorstudie fase I*. Universiteit van Amsterdam. <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/jeugd/programmas/project-detail/kindermishandeling/effectief-vroegtijdig-handelen-ter-voorkoming-van-kindermishandeling/verslagen/>
- Van der Put, C. E., Hermanns, J., & Sondejker, F. (2016b). Inschatten van het risico op kindermishandeling bij aanvang van gezinsinterventies: De predictieve validiteit van de Nederlandse versie van de California Family Risk Assessment (CFRA). *Kind en Adolescent*, 37(4), 213-229.
- Vogtländer, L. & Van Arum, S. (2016). *Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg*. GGD GHOR Nederland. https://vng.nl/files/vng/201605_visiedocument_gefaseerde_ketensamenwerkingvogtlander_van_arum_0.pdf

Bijlage 1 - Overzicht van artikelen waaruit de dynamische risicofactoren afkomstig zijn

Dynamische risicofactoren	Bron
1. Opvoedingsfactoren	
Gedrag/vaardigheden/attitude	
Inadequaat opvoedgedrag (algemeen)	Assink e.a., 2016; Stith e.a., 2009; Van der Put e.a., 2016b
Problemen met stellen van regels en grenzen	Van der Put e.a., 2016a
Onvoldoende gericht op stimuleren/ontwikkelen	Kerig & Wenar (2011)
Problemen in ouder-kind interactie	Assink e.a., 2016; Stith e.a., 2009
Opvoeder is onvoldoende sensitief	Kerig & Wenar (2011)
Opvoeder is onvoldoende responsief	Kerig & Wenar (2011)
Opvoeder heeft onrealistische verwachtingen	Assink e.a., 2016
Disfunctionele attitudes, waarden en normen	Assink e.a., 2016
Opvoeder ervaart kind als probleem	Stith e.a., 2009; Van der Put e.a., 2016b
Autoritair opvoedgedrag	
Autoritaire opvoedingsstijl	Van der Put e.a., 2016b
Controlerend opvoedgedrag	Assink e.a., 2016; Van der Put e.a., 2016b
Lichamelijke straffen in de opvoeding	Stith e.a., 2009
Verbaal geweld in de opvoeding	Van der Put e.a., 2016a
Nalatend opvoedgedrag	
Nalatende opvoedingsstijl	Van der Put e.a., 2016a
Onvoldoende bescherming/toezicht/veiligheid	Van der Put e.a., 2016a
Onvoldoende zorg voor de basale verzorging	Van der Put e.a., 2016a
Onvoldoende stabiliteit	Van der Put e.a., 2016a
Onvoldoende emotionele betrokkenheid	Van der Put e.a., 2016a, 2016b
2. Gezinsfactoren	
Problematisch functioneren gezinssysteem	Assink e.a., 2016; Stith e.a., 2009
Huiselijk geweld	Assink et al, 2016; Van der Put e.a., 2016b, 2017
Kindermishandeling	Assink e.a., 2016; Hindley e.a., 2006
Veel conflicten	Stith e.a., 2009; Van der Put e.a., 2016
Problemen tussen opvoeders	Assink e.a., Hindley e.a., 2006
Weinig sociale steun/sociaal isolement	Assink e.a., 2016; Hindley e.a., 2006; Stith e.a., 2009; Van der Put e.a., 2017
Materiële/financiële problemen	Assink e.a., 2016; Cash, 2001; Stith e.a., 2009; Van der Put e.a., 2016b
3. Ouderfactoren	
Psychische/psychiatrische problemen	Assink e.a., 2016; Cash, 2001; Hindley e.a., 2006; Stith e.a., 2009; Van der Put e.a., 2017

Dynamische risicofactoren	Bron
Depressieve gevoelens	Cash, 2001; Van der Put e.a., 2017; Stith e.a., 2009
Angstgevoelens	Stith e.a., 2009
Trauma / PTSS	Assink e.a., 2016; Cash, 2001; Hindley e.a., 2006; Stith e.a., 2009
Problematisch gebruik van middelen of gokken	Assink e.a., 2016; Cash, 2001; Hindley e.a., 2006; Stith e.a., 2009; Van der Put e.a., 2016b
Antisociaal en/of crimineel gedrag	Stith e.a., 2009
Gezondheidsproblemen opvoeder	Assink e.a., 2016; Stith e.a., 2009
Verleden kindermishandeling/huiselijk geweld	Assink e.a., 2016; Cash, 2001; Stith e.a., 2009; Van der Put 2016b, 2017
Problemen agressie en/of regulatie boosheid	Stith e.a., 2009; Van der Put e.a., 2016b
Niet positief over de relatie met de eigen ouders	Stith e.a., 2009
Opvoeder(s) heeft weinig zelfvertrouwen	Assink e.a., 2016; Van der Put e.a., 2016b
Onvoldoende vertrouwen opvoedcompetenties	Assink e.a., 2016; Van der Put e.a., 2017
Laag probleemoplossend vermogen	Stith e.a., 2009
Opvoeder ervaart stress	Assink e.a., 2016; Hindley e.a., 2006; Stith e.a., 2009
Opvoedproblemen als minder ernstig beschouwd	Van der Put e.a., 2016b
Vermijdend, afwijzend of beperkt gemotiveerd	Van der Put e.a., 2016b
4. Kindfactoren	
Internaliserende problematiek	Assink e.a., 2016; Stith e.a., 2009; Van der Put e.a., 2016b
Externaliserende problematiek	Assink e.a., 2016; Cash, 2001; Stith e.a., 2009; Van der Put e.a., 2016b
Problemen in gehechtheidsrelatie	Assink e.a., 2016
Ontwikkelings- en/of leerproblemen	Assink e.a., 2016; Van der Put e.a., 2016b
Problemen in seksuele ontwikkeling	Assink e.a., 2016
Problematisch gebruik van middelen	Assink e.a., 2016
Problemen in sociale interacties	Assink e.a., 2016; Stith e.a.
Weinig sociale steun en/of sociaal isolement	Assink e.a., 2016
Kind vertoont seksueel overschrijdend gedrag	Assink e.a., 2016
Kind heeft school/werk-gerelateerde problemen	Assink e.a., 2016

Bijlage 2 – Samenvattende beschrijvingen en contra-indicaties van geïncludeerde interventies

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>Aan de slag</p> <p>De doelgroep is jongeren (15 - 23 jaar) met aantoonbare competentietekorten op het terrein van school en werk. Het hoofddoel is jongeren kunnen schoolopleiding voortzetten en afmaken en werk behouden (te meten 9 maanden na afsluiting van de trajectbegeleiding).</p>	<p><u>Contra-indicaties</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jongeren bij wie een Nederlandse verblijfsvergunning of werkvergunning ontbreekt. • Jongeren met een ernstige verslavingsproblematiek. • Jongeren met zeer gewelddadig gedrag.
<p>Aggression Replacement Training (ART)</p> <p>De interventie is gericht op jongeren van 12 tot 23 jaar die problemen hebben met het omgaan met agressie, het reguleren van gedachten, gevoelens en gedrag, waardoor hun normale ontwikkeling onder druk komt te staan. Het doel van ART is het bereiken van een substantiële afname van geweld bij jongeren.</p>	<p><u>Contra-indicaties</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Een IQ lager dan 75. • Ernstige vormen van psychopathologie, die deelname in de weg staan, door intakers gesignaleerd (bijvoorbeeld psychotische toestand). • Middelen afhankelijkheid, in de mate dat die deelname in de weg zal staan. • Zeden delinquentie, de aard van de problematiek vraagt om een andere interventie.
<p>Agressie Regulatie op Maat (16-)</p> <p>Deze interventie is bedoeld voor jongeren met (ernstige) agressieproblematiek van 12 tot 16 jaar met een IQ boven de 80. Het primaire doel van is enerzijds het verminderen of stoppen van agressief gedrag in het heden. Anderzijds dient de kans op recidive (terugval) van gewelddadig gedrag in de toekomst te zijn verminderd.</p>	<p><u>Contra-indicaties</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Structurele weigering om te praten met AR-behandelaar, zowel thuis als bij de instelling. • Primaire verslavingsproblematiek. • Acute psychose of een ernstig trauma. • Agressie die uitsluitend op zichzelf wordt gericht (automutilatie). • Er is sprake van een contra-indicatie voor de groepstraining als de jongere regelmatig negatief gedrag vertoont in de groep.
<p>Agressie Regulatie op Maat (Ambulant)</p> <p>Deze interventie is bedoeld voor jongens en meisjes in de leeftijd van</p>	<p><u>Contra-indicaties</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Agressie is op zichzelf gericht (automutilatie)

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>16-23 met forse agressieregulatieproblematiek. De interventie heeft primair tot doel de zelfregulatie van jongeren met forse agressieproblematiek te verbeteren om zo de kans op recidive te verkleinen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ernstig trauma • Drugsverslaving staat op de voorgrond in combi met geen vaste verblijfplek en ontbreken structurele dagbesteding • IQ onder de 70 • Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal • Jongere is niet toegankelijk voor het werken met cognities en heeft geen mogelijkheid tot het stimuleren en ontwikkelen van zelfreflectie • Contra indicatie voor de groepstraining is als de jongere negatief gedrag vertoont in een groep (p. 8) • Contra-indicatie voor de module ‘differentiëren en hanteren van negatieve emoties’ is als er vrijwel alleen sprake is van proactieve agressie en zeer psychopathe trekken.
<p>Alles Kidzzz</p> <p>De doelgroep bestaat uit kinderen tussen de 9 en de 12 jaar, met een verhoogde mate van externaliserend probleemgedrag op de basisschool. Het doel is het verminderen van reactief en proactief agressief gedrag en het bevorderen van prosociaal gedrag.</p>	<p><u>Contra-indicaties</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnose ODD of CD: Voor kinderen met een gedragsstoornis is deze preventieve interventie te licht • Diagnose in het Autistisch spectrum (PDD- NOS): Voor kinderen met kenmerken binnen het autistisch spectrum is het programma niet geschikt vanwege het grote beroep dat het doet op cognities en zelfreflectie.
<p>Als ik haar was</p> <p>De doelgroep is allochtonen, vanaf 25 jaar, uit de herkomstlanden Turkije, Marokko, Afghanistan, Irak, Iran, Koerden uit Turkije, Syrië. Het hoofddoel is dat het taboe op het bespreken van huiselijk geweld onder allochtonen minder groot is geworden. De bewustwording over wat huiselijk geweld is en wat je kunt doen als je ermee te maken hebt,</p>	<p><u>Contra-indicaties</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De film is niet geschikt voor kinderen en dus ook niet geschikt om te vertonen in een ruimte waar volwassenen en kinderen samen zijn

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>is vergroot.</p>	
<p>Als muren kunnen praten De doelgroep is jongeren tussen de 13 en 16 jaar die getuige zijn (geweest) van heftige ruzies/geweld tussen hun ouders. Hoofddoel: het verminderen en voorkomen van psychische, lichamelijke en psychosociale klachten op korte en lange termijn bij jongeren, als gevolg van het ervaren geweld tussen hun ouders.</p>	<p><u>Contra-indicaties</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gediagnosticeerde psychiatrische problematiek. De zwaarte van de problematiek bepaalt of een jongere kan deelnemen of niet. • Mogelijke posttraumatische stressstoornissen. • Ernstige gedragsproblemen, waarbij het gedrag in groepsverband ten koste gaat van de groep. • Actuele verslavingsproblematiek. De zwaarte van de verslaving bepaalt of een jongere kan deelnemen of niet. • Onvoldoende beheersen van de Nederlandse taal. • Een te laag IQ, waardoor de jongere het niveau van de groep niet aankan. • Ouder(s) die deelname van de jongere niet ondersteunen. Steun van minimaal één ouder is een voorwaarde. • Aanhoudend actueel geweld tussen ouders zonder behandeling. • Actuele crisissituaties in het gezin.
<p>Altra Salto Het Salto-programma van Altra biedt ouders van een licht verstandelijk beperkt kind ondersteuning bij de opvoeding. Salto is er ook voor het kind en de school van het kind. Het kind heeft moeite met leren of komt door zijn gedragsproblemen niet tot zijn recht in het reguliere onderwijs.</p>	<p><u>Contra-indicaties</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrische problematiek die dusdanig ernstig is dat hulpverlening door Altra Salto niet mogelijk is. • Ernstige verstandelijke beperking van kind en/of ouder (met een IQ lager dan 60) • Verslaafde ouders die behandeling bij CAD- of Jellinek afwijzen • Ouders die hun kind verwaarlozen en/of mishandelen en waarbij de Salto hulpverleners en ouder niet tot overeenstemming kunnen komen over maatregelen om de veiligheid van het kind te garanderen.
<p>Ambulante spoedhulp</p>	<p><u>Bijzonderheden:</u></p>

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>Ambulante Spoedhulp Jeugdzorg biedt gedurende vier weken outreachende, intensieve, activerende hulp bij crisis in gezinnen met kinderen tot 18 of 23 jaar. De spoedhulpwerker ordent de problematiek, biedt structuur, ziet toe op veiligheid, helpt het netwerk activeren, vergroot de probleemoplossingsvaardigheden van de gezinsleden en herstelt de gezinsregie.</p>	<p>Ambulante Spoedhulp kan ook worden ingezet bij een licht verstandelijke beperking van jongere of ouders. Voor de jongere wordt dan een leeftijdsgrens aangehouden van 23 jaar.</p>
<p>Asja Asja is voor meisjes van 12 tot 23 jaar die via loverboys in de prostitutie terecht zijn gekomen of die het risico lopen daarin te belanden. Het programma is erop gericht de meisjes afstand te laten nemen van dat verleden en een nieuw begin te maken.</p>	<p><u>Contra-indicaties</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Niet bereid zijn de anonimiteit van de locatie te waarborgen; • Niet bereid zijn zich te houden aan de maatregelen voor de veiligheid en bescherming van de meisjes en jonge vrouwen; • Niet hanteerbare verslavingsproblematiek (dit speelt o.a. bij (jonge) ernstig verslaafde vrouwen die zich prostitueren om hun verslaving te kunnen financieren); • Niet hanteerbare psychiatrische problematiek; • Verstandelijke beperking (het zorgprogramma is gebaseerd op zelfreflectie, psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie) . <p><u>Bijzonderheden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Asja is voor meisjes van autochtone en allochtone afkomst. Medewerkers zijn cultuursensitief en intercultureel. Bij meiden met een niet-westerse achtergrond (gedeeltelijk) worden er andere aanpakken gehanteerd en andere methodische instrumenten ingezet.
<p>Basic Trustmethode De Basic Trustmethode is voor kinderen van 2-5 jaar met gedrags- en/of emotionele problemen en hun opvoeders, waarbij tevens sprake is van</p>	<p><u>Bijzonderheden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er kan pas gestart worden als de veiligheid van het kind voldoende is gewaarborgd, tenzij er voldoende probleembewustzijn is bij opvoeders, gecombineerd met commitment om met

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>problemen in de gehechtheidsrelatie. Er wordt gewerkt aan het terugdringen van de problematiek van het kind.</p> <p>-</p>	<p>behulp van de Basic Trustmethode te zoeken naar oplossingen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De Basic Trustmethode kan ook worden uitgevoerd binnen de verstandelijke gehandicaptenzorg. • De Basic Trustmethode kan tevens ingezet worden bij tienermoeders, opgenomen in moeder-kindvoorzieningen.
<p>BASTA!</p> <p>De doelgroep van het BASTA! wordt gevormd door alle kinderen jonger dan 12 jaar die vanwege het plegen van delicten en/of signaalgedrag in aanraking zijn gekomen met de politie of een andere verwijzende instantie. De methodiek heeft primair tot doel het voorkomen van het plegen van delicten door kinderen jonger dan 12 jaar en het terugdringen van recidive onder kinderen jonger dan 12 jaar.</p>	<p><u>Contra-indicaties:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jongeren die op het moment van aanmelding bij BASTA! reeds (gespecialiseerde) hulpverlening ontvangen of van wie ouders of andere gezinsleden (gespecialiseerde) hulpverlening krijgen; • Jongeren die geen vaste woon- of verblijfplaats hebben; • Jongeren zonder verblijfstitel; • Jongeren die slachtoffer en/of getuige zijn van mishandeling in het gezin; • Jongeren die verblijven in een gezin waarin een acute crisis optreedt; • Jongeren die een zodanige verstandelijke beperking hebben dat zij de instrumenten waarmee de interventie werkt onvoldoende begrijpen; • Jongeren van wie de ouders een zodanige verstandelijke beperking hebben dat de opvoedgesprekken hen onvoldoende houvast biedt om het gedrag van hun kind effectief bij te sturen; • Jongeren van wie ouders een ernstige verslavingsproblematiek hebben; • Jongeren van wie ouders ernstige psychiatrische problemen hebben.
<p>Bedwing je dwang</p> <p>De doelgroep is jongeren van ongeveer 12 tot 18 jaar met een dwangstoornis. De doelen zijn: kinderen en jongeren passen geen dwangrituelen meer toe om hun angst te verminderen en er is sprake van</p>	<p><u>Bijzonderheden:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor jongere kinderen of kinderen met cognitieve beperkingen of leerproblemen kunnen de cognitieve technieken die in de interventie worden gebruikt lastig zijn. De therapeut moet dan creatief te werk gaan.

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
cognitieve veranderingen (veranderingen in gedachten, opvattingen en interpretaties van obsessies).	<ul style="list-style-type: none"> • Bedwing je dwang is ook geschikt voor kinderen vanaf 8 jaar, hiervoor zijn aanpassingen in het handboek gemaakt.
<p>Behavioral Parent Training Groningen (BPTG)</p> <p>De interventie is bedoeld voor (ouders van) kinderen in de leeftijd van 4-12 jaar met ADHD en gedragsproblemen (eventueel met comorbide stoornissen). Doel: kinderen met ADHD en gedragsproblemen van wie de ouders de gedragstherapeutische groepsoudertraining hebben gevolgd, vertonen significant minder gedragsproblemen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De ouders hebben intensieve gedragstherapeutische oudertraining ontvangen in het afgelopen jaar. • Er is sprake van problemen bij ouders en/of kind die onmiddellijke interventies noodzakelijk maken, zoals een crisissituatie of vermoedens van seksueel misbruik.
<p>Bemoeizorg in de jeugdgezondheidszorg</p> <p>De doelgroep van de interventie bestaat uit multiprobleemgezinnen. De interventie wil ten eerste bewerkstelligen dat de ouders de zorgen over de ontwikkeling van de kinderen gaan onderschrijven ('gedeelde zorg') en ontvankelijk worden voor ondersteuning of hulp. De interventie beoogt vervolgens dat het sociale netwerk van het gezin en hulpverlenende instellingen daadwerkelijk en in samenhang ondersteuning gaan bieden aan het gezin.</p> <p>-</p>	<p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De interventie heeft NIET als primair doel de specifieke problemen in multiprobleemgezinnen te verminderen, zoals gedragsproblemen van kinderen of verslavingsproblematiek van ouders. De bemoeizorg biedt hiervoor geen behandeling. • Zwakbegaafdheid kan voorkomen als één van de voorkomende problemen bij multiprobleemgezinnen.
<p>Bewust actief leren (BAL)</p> <p>Bewust Actief Leren is een interventie waarmee jongeren via sportieve activiteiten in groepsverband 1) sociale en communicatieve vaardigheden leren, 2) een realistisch zelfbeeld ontwikkelen en 3) hun zelfvertrouwen vergroten. De interventie is bedoeld voor jongeren van 12 tot 18 jaar die problemen hebben met hun psychosociaal functioneren</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jongeren die 12 of 13 jaar zijn, maar nog op de basisschool zitten, worden niet tot het programma toegelaten. • Jongeren met agressief gedrag, verslavingsproblematiek en psychiatrische problematiek van een dusdanige aard en ernst, dat ze daardoor niet in een groep kunnen functioneren.

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>en over onvoldoende sociale vaardigheden beschikken.</p> <p>-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Een te laag IQ om tot zelfinzicht te komen en om redelijk vlot nieuw gedrag te kunnen leren. Ook jongeren die totaal geen affiniteit hebben met sport en spel en jongeren die niet te motiveren zijn worden uitgesloten. <p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toepassing bij migranten: Aangezien het vooral gaat om "doen", is minimale kennis van het Nederlands voldoende om te kunnen profiteren van een BAL training.
<p>Coach je kind</p> <p>De doelgroep van Coach je kind zijn kinderen in de leeftijd van 0 tot 23 jaar van laagopgeleide ouders van Turkse of Marokkaanse afkomst met opvoedonmacht en/of -onzekerheid. Het hoofddoel van Coach je kind is een positieve sociaal-emotionele ontwikkeling en verminderd probleemgedrag bij kinderen.</p> <p>-</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het gezin heeft ernstige problemen zoals ernstige psychische problemen van ouders, huiselijk geweld of verslaving van ouders, die eerst opgelost moeten worden. • Het gezin is al bekend bij de hulpverlening en ontvangt al geïndiceerde hulp bij de opvoeding. • Het risico bestaat dat door het inzetten van de coaching de veiligheid van een van de gezinsleden of de coach in gevaar komt (bijvoorbeeld eengerelateerde dreiging). • De ouders wijzen hulp volledig af
<p><u>Competentietraining 6-12 jarigen Het ABC</u></p> <p>De doelgroep van de competentietraining bestaat uit jongens en meisjes in de leeftijd van 6-12 jaar met sociale vaardigheidstekorten. Het hoofddoel van de competentietraining is om kinderen van 6 tot 12 jaar voldoende sociaal vaardig te maken om adequaat te kunnen functioneren in dagelijkse situaties en in de omgang met leeftijdsgenoten.</p> <p>-</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernstige vormen van psychopathologie. • Reeds lopende hulpverleningstrajecten, tenzij in overleg met de behandelaar • Lopende psychologische onderzoeken. • Het kind functioneert op (te) laag intellectueel niveau. • Het kind beheerst de Nederlandse taal onvoldoende om actief deel te kunnen nemen aan alle opdrachten • Het kind heeft een laag reflectievermogen (veel lager dan leeftijdadequaaf) en is ook met hulp niet in staat te reflecteren op situaties en het eigen gedrag

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
	<ul style="list-style-type: none"> • Het gedrag van het kind is het gevolg van een ander, dieperliggend probleem (rouw, echtscheiding, misbruik). • De thuissituatie is dusdanig onrustig dat niet verwacht kan worden dat het kind ondersteuning vanuit thuis krijgt, het kind alle trainingsbijeenkomsten aanwezig zal zijn en de huiswerkopdrachten gemaakt worden. Eventueel kan in overleg met betrokkenen, zoals school of externe hulpverlener, toch gekozen worden voor deelname, indien vanuit de omgeving deze externe ondersteuning wel geboden kan worden aan het kind.
<p>Dappere Dino's</p> <p>De interventie is bedoeld voor alle kinderen van zes tot en met acht jaar oud, waarvan de ouders gescheiden zijn. Het hoofddoel van Dappere Dino's is het voorkomen of beperken van emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen na een (echt)scheiding van hun ouders.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernstige gedragsproblemen • Ernstige emotionele problemen • Kinderen kunnen alleen meedoen met de interventie als zij op dat moment geen therapie krijgen, gediagnosticeerd zijn met problematiek waardoor zij niet kunnen deelnemen aan de groep of gebruik maken van andere diensten van de geestelijke gezondheidszorg. • Kinderen met een licht verstandelijke beperking.
<p>Dappere kat</p> <p>'De Dappere Kat' is voor kinderen van 8 -18 jaar met een angststoornis. Doel is angststoornissen te verhelpen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een acute psychose of suïcidaliteit, • Obsessief compulsieve stoornis, • Posttraumatische stressstoornis, • Primair een andere diagnose, • Een onveilige thuissituatie • Of een IQ lager dan 80.
<p>De Aanpak</p> <p>De doelgroep is heteroseksuele partners (25-55 jaar) bij wie sprake is van geweld door de mannelijke partner en waarvan de vrouw een beroep</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <p>Bij mannelijke en vrouwelijke cliënten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acute psychose.

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>heeft gedaan op de vrouwenopvang. Het hoofddoel is het geweld in de partnerrelatie te stoppen, de verwerking op gang te brengen en te bevorderen dat beide ouders actief participeren in de opvoeding en zorg voor hun kinderen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ernstige chronische psychose. • Ernstige verstoring van het dagelijks functioneren op de gebieden van sociale communicatie, impulscontrole, realiteitstoetsing en zelfreflectie. Hierbij kan gedacht worden aan ernstige vormen van verslaving. • Ernstige zwakbegaafdheid (IQ lager dan 75). • Aanhoudend gebrek aan motivatie voor hulpverlening. <p>Bij mannen als extra contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aanhoudende onwil tot gedragsverandering. • Te grote reisafstand tussen woon/verblijfplaats en hulpverleningslocatie.
<p>D(o)epressie cursus</p> <p>De doelgroep is adolescenten tussen de 16 en 21 jaar met depressieve symptomen, een depressie in engere zin of een dysthyme stoornis. Het hoofddoel is het significant verminderen van depressieve klachten.</p> <p>-</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De cursus is niet geschikt voor adolescenten met een bipolaire stoornis, drugs- of alcoholproblematiek, gedragsstoornissen of schizoaffectieve stoornissen. • Ook bij een vermoeden van een verhoogd suïciderisico is de cursus minder geschikt. Dan kan beter individuele behandeling worden overwogen. • Daarnaast is de cursus te moeilijk in geval van zwakbegaafdheid.
<p>Deltamethode</p> <p>De doelgroep van de Deltamethode is alle kinderen waarover een ondertoezichtstelling is uitgesproken. Het algemene doel is de opheffing van de ontwikkelingsbedreiging van het kind.</p>	<p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deltamethode is ook gericht op ouders met een (licht) verstandelijke beperking • Deltamethode is ook gericht op ouders met een verleden met kindermishandeling (statische factor)
<p>Denken + Doen = Durven</p> <p>Deze interventie is bedoeld voor kinderen en jongeren in de leeftijd van 8-18 jaar met angststoornissen op basis van de DSM-IV-TR, met als primaire behandeldiagnose in principe angstbehandeling. Het hoofddoel</p>	

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>is de angstklachten van het kind of de jongere zijn verminderd en vormen geen beperking meer voor het dagelijkse leven.</p>	
<p>Dialectische Gedragstherapie voor Jongeren (DGT-J) Dit is een interventie voor jongeren van 12- 18 jaar met een borderlinepersoonlijkheidsstoornis of andere emotieregulatiestoornissen. Het doel van het programma is om het stemmingsafhankelijke, impulsieve gedrag - suïcidaal gedrag, automutilatie, middelenmisbruik of woede-uitbarstingen - onder controle te krijgen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Te laag intelligentieniveau waarbij de jongere niet in staat is de stof en tekst uit het werkboek te begrijpen en/of niet in staat is tot reflectie(kunnen verwoorden van situaties waarin zij problemen tegenkomt, in huiswerk situaties uit eigen leven kunnen bespreken), niet in staat is tot rollenspel om vaardigheden te oefenen en niet in staat is tot generalisatie van de vaardigheden naar het eigen leven buiten de therapieruimte. • Onbehandelde AS I problematiek op de voorgrond. • Geen minimale commitment (hoop op verandering en bereidheid zich daarvoor in te zetten) van de jongere of geen bereidheid aan de hiërarchie van doelen te werken (geen overeenstemming over de doelen) • Geen toestemming of minimale commitment van ouders als de jongere jonger dan 16 jaar is (WGBO). • Instabiele woonsituatie.
<p>Directieve Thuisbehandeling (DT) Deze interventie is ontwikkeld voor gezinnen met kinderen in de leeftijd van 12 tot 18 jaar waarin sprake is van veel conflicten rond afspraken en regels. DT richt zich enerzijds op het aanleren van opvoedings- en onderhandelingsvaardigheden bij de gezinsleden om het probleemgedrag van de jeugdige in te perken of op z'n minst hanteerbaar te maken. Tegelijkertijd richt de behandeling zich op het verbeteren van de onderlinge communicatie tussen de gezinsleden om het probleemoplossend vermogen te vergroten en te kunnen omgaan met het</p>	

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>probleemgedrag van de jeugdige.</p> <p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er is sprake van een ernstig bedreigende situatie voor het kind; - De ouders wijzen het kind definitief af; - De ouders weigeren (hardnekkig) hun eigen aandeel in de veranderingen te zien 	
<p>Doen Wat Werkt (DWW)</p> <p>Het hulpaanbod is gericht op jeugdigen en hun gezinnen in de leeftijd van 12 tot 18 jaar met een IQ van tenminste 70, met ernstige gedragsproblemen en/of stoornissen in combinatie met ernstige gezins- en opvoedingsproblematiek. Het doel van het zorgprogramma is de jongere een veilig leefklimaat te bieden en te bewerkstelligen dat de jongere zowel thuis, in de vrije tijd, als op school of werk zodanig functioneert dat hij of zij weer thuis kan wonen bij ouders of vervangende verzorgers.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het ontbreken van een perspectief op een gezinssysteem (ouders/verzorgers) • Psychiatrische crises die een zodanige bedreiging vormen voor de jongere en zijn omgeving, dat interventie • Door middel van een opname op een psychiatrische afdeling, met adequate medische begeleiding noodzakelijk is • Een IQ lager dan 70 • Voorkomen moet worden dat jeugdigen, betrokken bij een strafbaar feit, en slachtoffers in dezelfde residentiële groep van het zorgprogramma worden opgenomen. <p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het programma omvat een gecombineerde inzet van een korte gesloten residentiële crisisinterventie (6 weken) en eventueel besloten residentiële zorg (maximaal 6 maanden). Wanneer de jongere terug naar huis geplaatst wordt, wordt gestart met intensieve multisysteem gerichte interventies zoals FFT, MST of MDFT. • Doen wat werkt kan ingezet worden bij kinderen met LVB
<p>Eerste hulp bij een huisverbod</p>	<p>Contra-indicaties:</p>

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>De doelgroep is alle leden van het gezin waarin aan één volwassen persoon (leeftijd 18+) een tijdelijk huisverbod opgelegd is. Daarbij is de invalshoek dat het gaat om “fysieke partnermishandeling van een vrouw door haar man, waarvan de kinderen getuige zijn.” Het doel is het wegnemen van de dreiging van huiselijk geweld.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gezinnen waarin het geweld eerderrelateerd is, worden uitgesloten van deze vorm van hulp als er sprake is van een te sterk collectief gevoel van geschonden eer en meerdere potentiële plegers. <p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De methode kan volgens de auteurs ook in andere situaties worden toegepast (zoals mishandeling van een man door zijn vrouwelijke partner, kindermishandeling en mishandeling van ouders door een kind).
<p>Eigen Kracht Conferentie</p> <p>De Eigen Kracht-conferentie is bedoeld voor gezinnen die problemen ervaren in de ontwikkeling en/of opvoeding van hun kind. Met conferentie wordt beoogd dat gezinnen zelf de verantwoordelijkheid nemen om problemen op te lossen met behulp van hun sociale netwerk.</p>	
<p>Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR) - Kinderen</p> <p>De interventie is bedoeld voor kinderen vanaf 1 jaar, jeugdigen en volwassenen, bij wie sprake is van traumagerelateerde klachten of stoornissen. Het doel van EMDR is het verwerken van herinneringen aan identificeerbare ingrijpende ervaringen, die de cliënt hebben getraumatiseerd.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumatisering die aanleiding vormde voor de problematiek, nog niet is gestopt. • Cliënten beschikken over weinig copingvaardigheden, geringe affecttolerantie of onvoldoende sociale steun (bij deze cliënten worden eerst interventies aangewend ter vergroting van de stabilisatie en het aanleren van benodigde vaardigheden)
<p>Eye Movement Desensitization & Reprocessing (EMDR) – Opvoeder(s)</p> <p>De interventie is bedoeld voor kinderen vanaf 1 jaar, jeugdigen en volwassenen, bij wie sprake is van traumagerelateerde klachten of stoornissen. Het doel van EMDR is het verwerken van herinneringen aan identificeerbare ingrijpende ervaringen, die de cliënt hebben</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traumatisering die aanleiding vormde voor de problematiek, nog niet is gestopt. • Cliënten beschikken over weinig copingvaardigheden, geringe affecttolerantie of onvoldoende sociale steun (bij deze cliënten worden eerst interventies aangewend ter vergroting van de stabilisatie en het aanleren van benodigde vaardigheden)

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
getraumatiseerd.	
<p>Families First</p> <p>Families First is bedoeld voor gezinnen met kinderen tussen de 0-18 in een acute crisissituatie die dusdanig ernstig is dat de uithuisplaatsing van een of meer kinderen in het gezin dreigt. Het doel is het oplossen van de crisis en de veiligheid in het gezin vergroten.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> Als er sprake is van een licht verstandelijke beperking bij de gezinsleden (volwassenen en/of jeugdigen met een intelligentieniveau tussen circa 50 en circa 85 volgens WISC-R gemeten) wordt de module Families First voor licht verstandelijk gehandicapten ingezet.
<p>Families First-LVG</p> <p>Families First is bedoeld voor gezinnen met kinderen tussen de 0-18 en één of meerdere gezinsleden met een verstandelijke beperking (IQ 50-85), in een acute crisissituatie die dusdanig ernstig is dat de uithuisplaatsing van een of meer kinderen in het gezin dreigt. Het doel is het oplossen van de crisis en de veiligheid in het gezin vergroten.</p>	
<p>Flexible Assertive Community Treatment (FACT)</p> <p>In algemene zin gaat het bij de doelgroep van FACT Jeugd om kinderen en jongeren met complexe problemen op meerdere levensgebieden, die niet de weg naar de reguliere hulp kunnen vinden of bewandelen. Het doel is psychiatrische problematiek bij kinderen en jongeren te verminderen, om hun ontwikkeling weer op gang te brengen of om te proberen hun leven weer op orde te krijgen.</p>	<p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> De behandelingen kunnen vanuit het FACT-team zelf gegeven worden, maar er wordt ook gebruikgemaakt van behandelingen op de polikliniek. FACT kan ook worden ingezet bij jeugd en/of opvoeders met een licht verstandelijke beperking.
<p>Geweldloos verzet in gezinnen</p> <p>De doelgroep is ouders van kinderen en jongeren van 4 tot 25 jaar die gewelddadig of zelfdestructief gedrag vertonen. Het doel is dat ouders, met de hulp van hulpverleners, supporters uit het eigen netwerk en</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> Als contra-indicaties gelden vooral contextfactoren, bijv. (1) wanneer er sprake is van levensbedreigende situaties, (2) als het op geen enkele manier lukt de escalaties te stoppen of (3) wanneer ouders door andere problemen zo belast zijn (schulden, verslaving ed.) dat zij

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
andere betrokkenen, een einde maken aan het gewelddadige of (zelf)destructieve gedag van hun kind zonder dat dit tot escalatie leidt.	geen ruimte hebben voor hun ‘ouderschap’.
<p><u>Gordon training</u></p> <p>De doelgroep is kinderen van 2 tot en met 12 jaar, opgroeiend in gezinsverband met een of meer ouders. Bij deze kinderen is sprake van problemen in de ouder-kindrelatie. Het doel is ouder(s) en kind(eren) hebben een gezonde onderlinge relatie. Hierdoor worden ontwikkelingskansen van het kind vergroot, veilige hechting bevordert en gedragsproblemen voorkomen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De ouder heeft specifieke problemen die deelname aan de interventie in de weg staan, zoals relatieproblemen of psychopathologische problemen. • De ouder heeft te weinig vermogen tot abstraheren. • Het kind heeft gedrags- en/of stemmingsstoornissen volgens de DSM criteria. • De ouder is niet in staat bij de meeste bijeenkomsten van de training aanwezig te zijn.
<p><u>Gripopjedip online</u></p> <p>Toegelaten tot de cursus worden jongeren van 16 tot en met 25 jaar met depressieve klachten. Het hoofddoel van Gripopjedip online is depressieve klachten bij jongeren te verhelpen of verminderen en daarmee depressie te voorkomen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernstige depressie (CES-D score hoger dan 45) • Bipolaire stoornis • Dreigende suïcidaliteit of een crisissituatie • Een andere psychiatrische aandoening op de voorgrond, bijvoorbeeld angststoornissen en obsessief compulsieve stoornissen • Psychotische kenmerken • Verslavingen • Ernstige slechthoortheid • Lees- en/of leermoeilijkheden
<p>Groepsmediatietherapie voor ouders met kinderen met ADHD</p> <p>De therapie is bestemd voor ouders met ADHD-kinderen in de leeftijd tussen de 4 en de 12 jaar. Het doel is om de ouders te helpen adequaat inhoud te geven aan hun ouderrol, waardoor zij de gedragsproblemen bij hun kinderen kunnen verminderen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinderen bij wie sprake is van hogere scores op de CBCL en bij wie sprake is van ernstige comorbiditeit. • Er mag geen duidelijke sociaalpsychiatrische problematiek bij de ouders zijn, of ernstige relatieproblematiek tussen de ouders.

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>Head Up</p> <p>Head Up is een cursus in groepsverband voor jongeren van 13-17 jaar met depressieve klachten. Het hoofddoel van Head Up is depressieve klachten bij jongeren te verhelpen of verminderen om daarmee depressie te voorkomen.</p> <p>-</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernstige depressie • Bipolaire stoornis • Dreigende suïcidaliteit of een crisissituatie • Een andere psychiatrische aandoening op de voorgrond, bijvoorbeeld angststoornissen en obsessiefcompulsieve stoornissen • Psychotische kenmerken • Overmatig alcohol-/middelengebruik • Ernstige gehoorstoornissen of slechthoortheid • Gebrekkige Nederlandse leesvaardigheid
<p>Heibel thuis</p> <p>Heibel Thuis is een groepsinterventie voor jongeren van 12-16 jaar die huiselijk geweld hebben meegemaakt, en hun ouders. Doel is de gevolgen van huiselijk geweld te verminderen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De jongere en/of ouder is niet bereid of in staat om in een groep te kunnen functioneren, vanwege ernstige sociale, psychiatrische of persoonlijkheidsproblematiek. • De jongere en/of ouder is onvoldoende gemotiveerd om mee te doen aan de cursus (voelt zich bijvoorbeeld gedwongen door verwijzer of ouders) of is niet in staat of bereid alle bijeenkomsten te volgen.
<p>Horizonmethodiek</p> <p>De Horizonmethodiek is een groepsbehandeling voor kinderen die seksueel misbruik hebben meegemaakt binnen of buiten hun gezin met een parallelaanbod voor hun niet-misbrukende ouder(s). De methodiek heeft tot doel de negatieve gevolgen van het misbruik voor het vertrouwen en het (sociale) functioneren van het kind te herstellen. Het doel van het parallelaanbod voor de ouders is dat zij in staat zijn hun kind optimaal steun te bieden.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seksueel misbruik is nog niet gestopt • Er sprake is van eenmalig seksueel misbruik (meestal is een kortdurende behandeling dan voldoende). • Het kind niet in staat is de Nederlandse taal te begrijpen en te gebruiken. • Het kind een verstandelijke beperking heeft (IQ < 70). Voor kinderen met een laag IQ (tussen 50-70) is een bewerking van de Horizonmethodiek beschikbaar die individueel wordt aangeboden.

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
	<ul style="list-style-type: none"> • Het kind zelf, na het misbruik, op ernstige wijze andere kinderen heeft misbruikt, bijvoorbeeld door hen te dwingen tot het ondergaan of uitvoeren van seksuele handelingen. • Er sprake is van ernstige psychopathologie die zodanig is dat (eerst) individuele kinderpsychiatrische behandeling noodzakelijk is. Het betreft psychopathologie waardoor het kind een gevaar is voor zichzelf (c.q. suicidaal gedrag vertoont) of voor andere kinderen. • Er sprake is geweest van (extreme) vormen van kinderprostitutie en/of vervaardiging van commerciële kinderpornografie. • De ouder/verzorger niet in staat is het kind toestemming te geven om in een groep rondom seksueel misbruik te werken, dat wil zeggen dat de ouder(s), vaak gebaseerd op hun culturele of religieuze achtergrond, niet willen dat anderen weet hebben van het seksueel misbruik van hun kind, en niet willen dat met hun kind gepraat wordt over seksualiteit.
<p>HouVast</p> <p>HouVast is bedoeld voor thuiswonende kinderen in de leeftijd van 0 tot 23 jaar (al dan niet met een beperking) in gezinnen van (een) ouder(s) met een LVB waarbij sprake is van (dreigende) opvoed- en opgroei-problematiek. Het doel is dat de ouders in staat zijn om, met hulp van het netwerk en/of professionals, hun kinderen veilig en 'goed genoeg' op te voeden.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is sprake van een acuut onveilige situatie voor het kind; • Er is geen of niet meer sprake van een dagelijkse opvoedsituatie (kinderen wonen zelfstandig of zijn uit huis geplaatst zonder zicht op terugplaatsing); • Psychiatrische of verslavingsproblematiek (bij ouder en/of kind) of ernstige gedragsproblemen (bij het kind) hebben zulke impact op het functioneren van de ouders en/of het kind dat specialistische hulp noodzakelijk is; • Ouders hebben geen LVB conform de bovengenoemde werkdefinitie; • Ouders zijn op geen enkele manier bereid tot samenwerking.
<p>Incredible Years</p> <p>Incredible Years is gericht op ouders van kinderen van 3-6 jaar bij wie een oppositoeel-opstandige of gedragsstoornis is vastgesteld of ouders van kinderen met ernstige gedragsproblemen die (nog) niet</p>	

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>gediagnosticeerd zijn met een psychiatrische stoornis maar die wel ernstig in hun ontwikkeling bedreigd zijn. Het einddoel van de training is afname van gedragsproblemen bij kinderen en verbetering van hun sociale vaardigheden.</p>	
<p>Integratieve Therapie voor Gehechtheid en Gedrag (ITGG) ITGG is bedoeld voor kinderen (jonger dan 18 jaar) met meervoudige problematiek: ernstige verstandelijke (en/of visuele) beperking en ernstige problemen met gehechtheid en gedrag. Het hoofddoel van ITGG is een klinisch relevante vermindering van gedragsproblemen en het voor het eerst of opnieuw opbouwen van een gehechtheidsrelatie.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De cliënt is extreem gevoelig voor de lichtste aanraking (hypersensitiviteit voor aanraking / tactiele afweer). • Er is sprake van een instabiel opvoedings- en begeleidingsstelsel dat wil zeggen dat er voor een langere tijd geen personen zijn met wie de cliënt een gehechtheidsrelatie kan opbouwen.
<p>Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG) Deze interventie is gericht op gezinnen met kinderen van elke leeftijd die meerdere en complexe problemen hebben en veelal moeilijk toegankelijk zijn voor hulpverleners. Het hoofddoel van IAG is dat de kinderen thuis in het gezin kunnen blijven wonen of opnieuw thuis kunnen wonen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een acute crisissituatie in het gezin, zoals acute onveiligheid of directe fysieke bedreiging van een gezinslid. <p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IAG is ook gericht op het herstel van veiligheid binnen het gezin (opstellen veiligheidsplan, monitoren veiligheid)
<p><u>Intensieve Ambulante Gezinsbehandeling (IAG)-LVB</u> Deze interventie is gericht op gezinnen met kinderen van elke leeftijd die meerdere en complexe problemen hebben en veelal moeilijk toegankelijk zijn voor hulpverleners. Het hoofddoel van IAG is dat de kinderen thuis in het gezin kunnen blijven wonen of opnieuw thuis kunnen wonen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een acute crisissituatie in het gezin, zoals acute onveiligheid of directe fysieke bedreiging van een gezinslid. <p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IAG is ook gericht op het herstel van veiligheid binnen het gezin (opstellen veiligheidsplan, monitoren veiligheid)

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>Intensieve Preventieve Aanpak (IPA)</p> <p>IPA is bedoeld voor jongeren die dusdanig risicogedrag vertonen dat zij het gevaar lopen om (permanente) aansluiting met school, werk, gezin en samenleving te verliezen en daarbij tevens het risico lopen om af te glijden naar (zwaardere) criminaliteit. De doelen zijn: vroegtijdig ingrijpen bij risicogedrag, doorstroom naar zwaardere vormen van hulpverlening en jongeren blijven op school en/of aan het werk of worden hiernaar teruggeleid.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jongeren met een hoog tot zeer hoog recidiverisico • Jongeren met een gemiddeld IQ lager dan 50 • Jongeren met dusdanige psychiatrische problemen dat ambulante begeleiding onvoldoende aanslaat • Jongeren met dusdanige verslavingsproblematiek dat de combinatie met een ambulante hulpverleningsprogramma niet effectief kan worden ingezet • Jongeren waarbij iedere motivatie tot het actief bijdragen aan verbetering van eigen situatie ontbreekt en waar onvoldoende aangrijpingspunten aanwezig lijken om de motivatie te vergroten.
<p>Je bibbers de baas</p> <p>De doelgroep is kinderen uit de bovenbouw (ongeveer 9-12 jaar) van het basisonderwijs die in het dagelijks leven hinder ondervinden van faalangst. Het hoofddoel is het verminderen van faalangst.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angst als levensstrek (gegeneraliseerde angst) • Zeer druk en/of agressief gedrag • Autisme Spectrum Stoornissen (ASS)
<p>Julia</p> <p>Julia heeft als doel het bevorderen van een gezonde seksuele ontwikkeling bij meisjes van 13 tot 19 die seksueel grensoverschrijdend gedrag hebben meegemaakt of signalen daarvan vertonen en zo het risico op herhaald of ernstiger seksueel grensoverschrijdend gedrag en/of slachtofferschap van een loverboy/mensenhandelaar te verkleinen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indien bekend: IQ lager dan 70 (als er bijvoorbeeld een IQ-test is gedaan door eerdere hulpverleningsinstantie). Indien niet bekend: een inschatting hiervan op basis van schoolniveau (praktijkonderwijs) en functioneren; • Slachtoffer van loverboy/mensenhandelaar; • Ernstige verslaving en/of ernstige psychiatrische problematiek; • Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal om aanwijzingen en opdrachten van de hulpverleenster te begrijpen.
<p>Kanjertraining</p>	<p>Contra-indicaties:</p>

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>Kanjertraining is bedoeld voor kinderen en jongeren van 4 tot 16 jaar die problemen hebben in de omgang met anderen en voor hun klasgenoten en/of ouders. Het doel is het stimuleren van sociaal vaardig gedrag en het voorkomen of verminderen van sociale problemen zoals pesten, conflicten, uitsluiting en sociaal teruggetrokken gedrag.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Er is sprake van een grote angst bij ouders of kind • Er is sprake van zo'n grote agressiviteit en gebrek aan zelfcontrole, dat er een bedreiging kan zijn voor anderen; • Er is sprake bij ouder of kind van een hoge mate van impulsiviteit die zich nauwelijks laat corrigeren door anderen; • Er is sprake van een zeer ernstige gedragsstoornis; • Ouders zijn niet gemotiveerd voor de training.
<p>KIES - kinderen in echtscheidingssituaties</p> <p>KIES is voor kinderen van gescheiden ouders in groep 4 t/m groep 8 in het regulier en speciaal onderwijs en kinderen in het voortgezet onderwijs, voor ouders en voor docenten basisonderwijs en voortgezet onderwijs. Algemene doelstelling van KIES is het zoveel mogelijk voorkomen van problemen bij kinderen die een echtscheiding van hun ouders meemaken.</p>	
<p>KopOpOuders Online</p> <p>De doelgroep van de online interventie zijn ouders en partners van ouders met psychische en/of verslavingsproblemen met minimaal één kind in de leeftijd van 1-18 jaar. De doelstelling is de bevordering van het psychosociaal welbevinden van kopp/kvo-kinderen door vergroting van de opvoedcompetentie van kopp/kvo-ouders.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een acute crisissituatie waardoor de ouder zich niet kan concentreren op de cursus. • Kinderen zijn langdurig uit huis geplaatst met een maatregel van de Raad voor de Kinderbescherming. • Bij de kinderen speelt ernstige persoonlijkheids-, of gedragsproblematiek. • Ouder beheerst de Nederlandse taal niet voldoende om schriftelijke cursus te volgen.
<p>Kopstoring</p> <p>De doelgroep bestaat uit adolescenten en jongvolwassenen van 16 t/m 25 jaar die één of beide ouders hebben met psychische en/of</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kopstoring is niet bedoeld voor jongeren met ernstige gedrags- en/of emotionele problemen. Deze problemen zijn echter geen directe reden deze jongeren niet te accepteren. Tijdens de

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>verslavingsproblemen. Het hoofddoel is het voorkomen dat KOPP/KVO jongeren zelf psychische problemen ontwikkelen.</p>	<p>intake moet nagegaan worden in hoeverre deze problemen belemmerend werken tijdens de chatbijeenkomsten.</p>
<p>Kortdurende Video Home Training (K-VHT) voor gezinnen met jonge kinderen K-VHT is een gedragsinterventie voor ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar. Het programma wil een gezonde (sociaal-emotionele) ontwikkeling van kinderen bevorderen en gedrags- en ontwikkelingsproblemen voorkomen of verminderen door opvoedingsvaardigheden van ouders te versterken en de ouder-kind relatie te verbeteren.</p>	<p>Contra-indicaties kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gediagnosticeerde ontwikkelingsproblematiek volgens de DSM IV (PPD-NOS, Asperger, autisme, ADHD). <p>Contra-indicaties ouder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ouders met psychiatrische problematiek (borderline, depressie, persoonlijkheidsproblematiek); • Ouders met verslavingsproblematiek (alcohol, drugs, kansspelen); • Ouders met verstandelijk beperkte vermogens; • Vermoedens van kindermishandeling.
<p>Krachtwerk Krachtwerk is een krachtgericht begeleidingstraject voor mensen in multiprobleemsituaties die in sociaal isolement dreigen te raken. Het doel is herstel in de richting van een door henzelf gewenste kwaliteit van leven waarbij zij, net als iedere burger, in de samenleving meedoen en erbij horen.</p>	<p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De interventie wordt gebruikt in ambulante settings, zoals sociale wijkteams, en in semi- en intramurale voorzieningen.
<p>Make up your Mind Het doel is dat jongeren tussen de 12-18 jaar in de jeugdzorg die zich in fase 1 (experimenteel en incidenteel gebruik), 2 (geïntegreerd gebruik) of 3 (problematisch gebruik) van middelengebruik bevinden, na deelname aan Make up your Mind gestopt zijn met het gebruik van</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lage intelligentie: IQ < 80. • Psychiatrische of gedragsproblematiek op de voorgrond aanwezig, ernstige psychiatrische comorbiditeit. • Medische somatische of medisch-psychiatrische crisis;

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
genotmiddelen of gebruiken deze middelen op een verantwoorde wijze.	<ul style="list-style-type: none"> • Een zodanig ernstige mate van misbruik of afhankelijkheid (fase 4 of hoger) dat Make up your Mind te licht is en een ambulante of klinische aanpak bij een verslavingsinstelling geïndiceerd is.
<p>MeMoSA: MentorMoeders voor Steun en Advies</p> <p>De doelgroep van de methode bestaat uit vrouwen die zwanger zijn of moeders, die de zorg hebben voor thuiswonende kinderen en waarbij (vermoedelijk) sprake is van partnergeweld. Het gaat daarbij om vrouwen voor wie de drempel naar professionele hulpverlening te hoog is en die vaak in een isolement leven. De methode MeMoSA richt zich op het terugdringen van partnergeweld.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exorbitant geweld waarbij de veiligheid van de vrouw en haar kinderen acuut bedreigd wordt en verwijzing naar de opvang of politie direct noodzakelijk is. • Ernstige psychiatrische aandoeningen van de vrouw waarbij verwijzing naar de GGZ noodzakelijk is.
<p>Minder boos en opstandig</p> <p>Het programma is bedoeld voor kinderen (8-12) met ernstige gedragsproblemen en hun ouders. Doel is afname van het probleemgedrag van het kind en toename van sociaal aangepast gedrag, door de opvoedingsvaardigheden van de ouders en de sociale vaardigheden van het kind te verbeteren.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gedragsproblemen zijn het gevolg van traumatisering of hangen samen met • stemmingsproblemen (depressie zich uitend in prikkelbaarheid, onstemdheid en storend gedrag). • Een verstandelijke beperking (IQ < 70) geldt als contra-indicatie voor de interventie.
<p>Moti-4</p> <p>Moti-4 richt zich op jongeren van 14-24 jaar die beginnend problematisch bezig zijn met middelengebruik, gokken of gamen of al verslaafd zijn. Er wordt getracht het problematische gedrag terug te dringen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De jongere bevindt zich in de kennismakingsfase of experimentele gebruikersfase (indicaties experimenteel gebruik: enkele malen gebruikt, een keer per maand gebruiken, diverse middelen een keer gebruikt hebben). • Er is sprake van een zodanig ernstige mate van psychopathologie dat een preventief aanbod te licht is en er indicatie is voor een hulpverleningsaanbod.

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
	<ul style="list-style-type: none"> • De jongere is verslaafd. • Er is sprake van zodanig lage intelligentie, ontwikkelingsachterstand, gedrags- of psychiatrische stoornis dat het doorlopen van de module niet mogelijk is. • Er is overige problematiek die prioriteit heeft zoals dakloosheid (eerst naar een instantie voor jeugdhulpverlening of jongerenopvang).
<p>Move2Learn (M2L)- groep</p> <p>De training Move2Learn (M2L) richt zich op jongeren met beginnende internaliserende en/of externaliserende gedragsproblemen veroorzaakt door vaardigheidstekorten. Move2Learn heeft het doel om de sociale en probleemoplossende vaardigheden van jongeren te vergroten en zo verergering van gedragsproblemen te voorkomen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De jongere heeft 1 - 4 delicten gepleegd en er is een matig risico op herhaling. Onder delicten worden ook ongeregistreerde delicten verstaan en schoolverzuim waartegen nog geen proces verbaal is opgemaakt. • Praktische redenen: de jongere kan niet aansluiten in een groep qua leeftijd, doelen of locatie, maar individueel aanbod is wel geschikt; • Gedrag van de jongere roept teveel op om een groepstraining mogelijk te maken, bijv. door te moeilijk gedrag of stoornis in autismespectrum. Deze jongeren kunnen M2L/individueel volgen. • Move2Learn is niet bedoeld voor jongeren met ernstige problematiek. • Ernstig delinquent gedrag (meer dan 4 delicten) en hoog risico op herhaling (volgens verwijzer en/of jongere zelf); • Ernstige verslavingsproblematiek (niet in staat nuchter bijeenkomsten bij te wonen); • Ernstige psychische stoornis zoals psychose; • Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal om aanwijzingen en opdrachten van trainer te volgen;
<p>Move2Learn (M2L)- individueel</p> <p>De training Move2Learn (M2L) richt zich op jongeren met beginnende internaliserende en/of externaliserende gedragsproblemen veroorzaakt</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernstig delinquent gedrag (meer dan 4 delicten) en hoog risico op herhaling; • Ernstige verslavingsproblematiek (niet in staat nuchter bijeenkomsten bij te wonen);

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>door vaardigheidstekorten. Move2Learn heeft het doel om de sociale en probleemoplossende vaardigheden van jongeren te vergroten en zo verergering van gedragsproblemen te voorkomen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ernstige psychische stoornis; • Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal om aanwijzingen en opdrachten van trainer te volgen; • IQ < 70. <p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Move2Learn individueel is voor bijv. beginnend delinquente jongeren of LVB jongeren. Of voor andere jongeren die niet binnen een groep kunnen functioneren. • In de training wordt niet gewerkt aan de gezinssituatie. Wel wordt een beoordeling gemaakt van de opvoedingsvaardigheden van ouders en wanneer deze fors tekortschieten, wordt geadviseerd Triple-P Tieners te volgen.
<p>Multi Systeem Therapie (MST) MST is bestemd voor 12-18 jarigen met ernstig antisociaal/grensoverschrijdend gedrag én hun ouder(s). Het hoofddoel van MST is het terugdringen van de ernstige gedragsproblemen waarmee de jongere is aangemeld en zorgen dat het gezin en zijn omgeving in staat zijn eventuele toekomstige problemen zelfstandig het hoofd te bieden.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jongeren met zedendelicten zonder enige andere vorm van antisociaal gedrag. • Suïcidaal, homocidaal of psychotisch gedrag waarvoor een opname nodig is. • Een IQ < 70. • Een stoornis in het autismespectrum, niveau 2 en 3 (DSM-V).
<p>Multidimensionele Familiotherapie (MDFT) MDFT richt zich op jongeren met enkelvoudig maar vooral meervoudig probleemgedrag voor wie het gezin een betere leeromgeving kan worden. Hoofddoel: afname van probleemgedrag bij jongeren (zoals beperking van recidive bij delictgedrag, afname van spijbelen en</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicatie voor klinische opname wegens verslaving, suïcideneiging, psychose, eetstoornis • Ambulant: een zodanig onveilige situatie thuis, dat de jongere daar moet worden weggehaald of weggehouden. • Gezin woont op een afstand die zich niet verdraagt met het geven van ambulante therapie

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
vermindering van verslavingsproblematiek).	<ul style="list-style-type: none"> • Indicatie voor klinische opname wegens verslaving, suïcideneiging, psychose, eetstoornis • Onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal van ouders en kind • Er is geen opvoeder(s)/ouderfiguur die bereid is en in staat is om aan MDFT mee te doen
<p>Multifocus</p> <p>De doelgroep is gezinnen met complexe, meervoudige problematiek waarin vaak sprake is van huiselijk geweld en waar in een aantal gevallen een huisverbod wordt opgelegd. De doelen zijn geweld en onveiligheid in het gezin stoppen, het gezin hervindt de regie over het eigen bestaan, de interne relaties binnen het gezin zijn versterkt en de kans op herhaling te gereduceerd.</p>	
<p>My Identity</p> <p>Doelgroep van My Identity zijn niet-westerse allochtone meisjes van 13 tot en met 18 jaar, die lichte psychosociale problemen ervaren. Het doel is dat deze meisjes deze problemen kunnen bespreken en over kennis en vaardigheden beschikken om deze problemen te hanteren dan wel te verminderen, zodat ernstiger problematiek voorkomen wordt.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychische klachten van dien aard, dat de deelnemer niet in staat is de cursus te volgen of de cursus voor andere deelnemers verstoort.
<p>Niet meer door het lint – kind</p> <p>De doelgroep van de interventie bestaat uit mannen met agressieproblemen, tussen +/-17 en 70 jaar. De interventie heeft als doel agressief gedrag te verminderen, zowel in frequentie als in ernst, en om het probleemoplossend vermogen te vergroten.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het geweld vindt uitsluitend plaats onder invloed van middelen. • Ernstige psychopathologie zoals floride psychose of acute suïcidaliteit. • Een ernstige stoornis in het autismespectrum. • Matige tot diepe zwakbegaafdheid. • Er is sprake van psychopathie. Een individuele behandeling behoort dan wel tot de mogelijkheden. • Er is geen enkele motivatie voor behandeling.

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>Niet meer door het lint – opvoeder</p> <p>De doelgroep van de interventie bestaat uit mannen met agressieproblemen, tussen +/-17 en 70 jaar. De interventie heeft als doel agressief gedrag te verminderen, zowel in frequentie als in ernst, en om het probleemoplossend vermogen te vergroten.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het geweld vindt uitsluitend plaats onder invloed van middelen. • Ernstige psychopathologie zoals floride psychose of acute suïcidaliteit. • Een ernstige stoornis in het autismespectrum. • Matige tot diepe zwakbegaafdheid. • Er is sprake van psychopathie. Een individuele behandeling behoort dan wel tot de mogelijkheden. • Er is geen enkele motivatie voor behandeling.
<p>Nieuwe Perspectieven</p> <p>Nieuwe Perspectieven is een interventie voor jeugdigen van ongeveer 12 (soms 10) tot 23 jaar die zijn vastgelopen of dreigen vast te lopen en maatschappelijke overlast veroorzaken, hetgeen zich uit in (de neiging tot) delinquent gedrag. De hoofddoelen zijn: er zijn een jaar na afsluiting van de begeleiding geen (nieuwe) politiecontacten geweest, de jongere zit op school en/of werk en verbetering op andere leefgebieden is gestabiliseerd.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jongeren met zware verslavingsproblematiek • Jongeren met zware psychiatrische problematiek • Jongeren zonder verblijfstatus • Voor jongeren die aangeven niet te willen stoppen met hun criminele activiteiten • Voor jongeren met een sterk verstandelijke beperking (IQ onder de 70) <p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nieuwe Perspectieven is een vorm van vrijwillige hulpverlening. Er worden echter ook jongeren aangemeld door de rechtelijke macht. Hierin wordt de jongere voor de keuze gesteld: strafafdoening of een traject bij Nieuwe Perspectieven.
<p>Nieuwe Perspectieven-LVB</p> <p>NP-LVB is bedoeld voor jongeren met een LVB in de leeftijd van 12 t/m 23 jaar, met herhaaldelijk overlastgevend of crimineel gedrag, die al dan niet met politie in aanraking zijn geweest en te kampen hebben met problemen op meerdere leefgebieden. Samen met de jongere en zijn</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jongeren met zware verslavingsproblematiek • Jongeren met zware psychiatrische problematiek • Jongeren zonder verblijfstatus • Voor jongeren die aangeven niet te willen stoppen met hun criminele activiteiten

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>netwerk wordt gewerkt aan het voorkomen van politiecontacten en recidive.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Voor jongeren met een sterk verstandelijke beperking (IQ onder de 70) <p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • NP-LVB is laagdrempelig en op vrijwillige basis. Jongeren kunnen zichzelf aanmelden. Er worden ook klanten aangemeld door het contactnetwerk: de jongerenwerker, leerplichtambtenaar, jeugdofficier van justitie, de Raad voor de kindbescherming, Bureau Jeugdzorg of de wijkagent. NP-LVB zoekt alleen contact met jongeren die op de hoogte zijn van de aanmelding.
<p>Onderwijszorgarrangement Optimist Kinderen met ernstig externaliserend probleemgedrag in de leeftijd van 4 tot 7 jaar en hun ouders. De interventie heeft als doel dat de gedragsproblemen zodanig verminderd zijn en vaardigheden toegenomen dat het kind kan doorstromen naar het reguliere dan wel speciaal onderwijs.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het kind heeft voornamelijk internaliserende problematiek (CBCL/TRF). • Het kind is cognitief niet in staat om de lesstof van het regulier onderwijs te volgen. • Het kind heeft een gediagnosticeerde ASS of er zijn sterke vermoedens van ASS. • De gedragsproblemen komen (vermoedelijk) voort uit spraak-/taalproblematiek. • Ouders zijn niet/onvoldoende bereid of in staat tot samenwerking
<p>Oranje huis De doelgroep is vrouwen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld en hun kinderen. Op de tweede plaats gaat het om de plegers, (ex-)partners. De interventie heeft als doel het doorbreken van de geweldspiraal in het gezin en de betrokkenen zodanig toerusten dat zij op een gezondere wijze verder kunnen gaan met hun relatie of contact kunnen houden.</p>	<p>Contra-indicaties betrekken van partners:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De partner vormt een bedreiging voor veiligheid van de vrouw of andere cliënten • Psychiatrische problematiek en drugs- of alcoholverslaving
<p>Ouder-baby interventie De doelgroep is depressieve moeders (diagnose of verhoogde score op depressievragenlijst) met een baby tot en met 12 maanden. De interventie heeft als doel het voorkomen dat kinderen van depressieve</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depressieve moeders met alcohol- of drugsverslaving • Gevallen waarin ernstige zorgen bestaan over kindermishandeling.

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>moeders zelf psychosociale problemen ontwikkelen door vroegtijdig in te grijpen en een positieve basis te leggen in het eerste levensjaar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • De moeder heeft te ernstige problemen en is niet in staat open te staan voor de interventie.
<p>Ouderschap blijft De doelgroep is kinderen (0 tot 12 jaar) en hun scheidende of gescheiden ouders, waarbij de omgang met de uitwonende ouder niet plaatsvindt of problematisch verloopt als gevolg van (chronische) conflicten tussen de ouders. Het hoofddoel van de interventie is dat het kind volgens een vaste regelmaat omgang heeft met de uitwonende ouder, volgens door ouders overeengekomen afspraken.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ouders zijn niet bereid om gezamenlijk de bemiddelingsgesprekken te doorlopen, ondanks dwang of drang. • Er is een geschat risico op blijvende en/of niet hanteerbare onveiligheid voor het kind en/of hulpverleners. • Onvermogen van de ouders om tot gedragsverandering te komen (bv. vanwege ernstige psychiatrische beperkingen of cognitieve beperkingen). • Tijdens de begeleide omgang kan er tussen ouder en kind niet in dezelfde taal gecommuniceerd worden als die van de omgangsbegeleiders.
<p>Ouderschap met Liefde en Grenzen De interventie richt zich op gezinnen met jongeren van 12 tot 18 jaar met (dreigend) delictgedrag en matig tot ernstige gedragsproblemen Het hoofddoel van de interventie is recidive van delictgedrag voorkomen of terugdringen, door oppositionele en/of antisociale gedragsproblemen te verminderen, het herstellen van verstoorde gezinsrelaties en het verbeteren van opvoedingscompetenties.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De jongere is afhankelijk van middelen. • Er is sprake van een acute psychose bij één van de deelnemers. • De jongere, maar vooral opvoeder(s) niet te motiveren zijn tot deelname aan OLG • De jongere maakt (nu of op korte termijn) geen deel uit van het gezinssysteem <p>Contra-indicaties groepsbijeenkomsten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het werken in een groep is voor de jongere of ouders te bedreigend of onveilig • De jongere versterkt zeer regelmatig negatief gedrag van groepsgenoten.
<p>Ouderschap na scheiding De doelgroep is kinderen van 0 tot 18 jaar van ouders die in een vechtscheiding zijn verwickeld. De interventie heeft als doel dat ouders kunnen op een constructieve wijze met elkaar overleggen en</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er een geschat risico is op blijvende en/of niet hanteerbare onveiligheid van kind en/of hulpverleners;

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>samenwerken in het belang van het kind en de kinderen kunnen onbelast en regelmatig contact hebben met beide ouders.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Er sprake is van ernstige psychiatrische problemen bij (één van) de ouders. • Er sprake is van ernstige verslavingsproblematiek bij (één van) de ouders • Er sprake is van ernstige verstandelijke beperking bij (één van) de ouders • Er sprake is van lopende (niet aangehouden) rechtszaken over omgang of gezag; • Er sprake is van een lopend onderzoek bij de zedenpolitie.
<p>Pak aan De doelgroep is kinderen van 9 tot 13 jaar met de diagnose unipolaire depressieve stoornis, dysthymie of met een depressieve stemming. Het doel van Pak aan is om depressieve klachten te verminderen, onder andere door het versterken van positieve gevoelens, leren omgaan met alledaagse problemen en genuanceerder leren denken over zichzelf, de wereld en anderen.</p>	
<p>Parent Child Interaction Therapy (PCIT) PCIT is voor kinderen van 2-7 jaar met gedragsproblemen en hun ouders. Door het vergroten van de opvoedingsvaardigheden van de ouders wordt beoogt de gedragsproblemen bij de kinderen en de stress bij de ouders te verminderen, de fysieke kindermishandeling te stoppen en ouder-kind relatie te verbeteren.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Multiprobleemgezinnen waarbij de problemen dusdanig fors zijn zodat ze in de weg staan voor de behandeling. Hieronder vallen ouders met ernstige niet behandelde persoonlijke problematiek, ouders met overheersende huwelijksproblemen en ouders met veel eigen problematiek rondom werkloosheid of huisvesting en hierdoor niet in staat zijn regelmaat en structuur te bieden. • Ouders die bekend zijn als dader van seksueel misbruik. • Ouders met IQ beneden 50.
<p>Pedagogisch adviseren De doelgroep is ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot 19 jaar en met vragen en problemen in de opvoeding. De interventie heeft als doel toename van de opvoedingscompetentie en het zelfvertrouwen van</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het probleem heeft een duidelijke medische oorzaak; • Het probleem heeft een kinderpsychiatrisch karakter; • De opvoedings- en gezinssituatie zijn te gecompliceerd voor kortdurende pedagogische hulp;

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
ouders.	<p>waarschijnlijk is langdurige en intensieve hulpverlening noodzakelijk</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het kind heeft duidelijke leerproblemen; • Psychopathologie of ernstige relatieproblematiek bij (één van de) ouders; • Zeer beperkte verstandelijke vermogens bij (één van de) ouders; <p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Als er sprake is van een taal- of culturele barrière, kan de pedagogisch adviseur er voor kiezen om samen met een VETC-er op huisbezoek te gaan.
<p>Piep zei de muis</p> <p>De doelgroep is kinderen tussen de 4 en de 8 jaar, die opgroeien in een prioriteits- of achterstandswijk waarin ten minste één van de ouder met psychische problemen en/of verslavingsproblemen of andere psychosociale problemen kampt. De interventie heeft als doel een bijdrage leveren aan het voorkomen van ernstige psychische problemen bij kinderen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernstige gedrags- en of emotionele problemen van het kind • Als preventie niet voldoende is en er hulpverlening moet komen • Als er nog (actueel) huiselijk geweld speelt in het gezin
<p>Pleegouder – Pleegkind interactie (PPI)</p> <p>De doelgroep is pleegouders met pleegkinderen tussen de 0-4 jaar. De interventie heeft als doel het bevorderen en optimaliseren van de relatie tussen pleegouders en pleegkinderen in de leeftijd van 0-4 jaar, zodat het ontstaan van onveilig gehechtheidsgedrag waar mogelijk wordt voorkomen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Congenitale afwijkingen met ernstige beperking. • Een relatieve contra-indicatie is FAS= Foetaal Alcohol Syndroom
<p>Praten met kinderen</p> <p>De doelgroep is ouders van kinderen van 10-15 jaar met lichte</p>	<p>Contra-indicaties;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contact met jeugdzorg vanwege problematiek van het kind/opvoeder(s)

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>externaliserende gedragsproblemen. De interventie heeft als doel het verminderen van het externaliserend probleemgedrag van kinderen.</p>	
<p>PratenOnline De internet interventie is bedoeld voor Nederlandstalige jongeren tussen de 12 en 23 jaar met ernstig depressieve klachten. Het doel is in een beperkt aantal online sessies depressieve problemen van jongeren te laten afnemen en hun gevoel van competenties te laten toenemen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een ernstig verstandelijke beperking • Acute psychose (nu of in het verleden)
<p>Pubers met ADHD: een ouder trainingsprogramma De interventie richt zich op groepen van ouders van kinderen van 13 tot 18 jaar, bij wie sprake is van ADHD/ADD en zich ten gevolge daarvan storend of anderszins problematisch gedragen. De ouders beschikken over onvoldoende opvoedingsvaardigheden om het gedrag van hun kind te hanteren en de gedragsproblemen te verminderen. Het hoofddoel is het significant verminderen van de gedragsproblemen</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Te weinig tijd voor de training • Ouders die niet kunnen of willen samenwerken of elkaar tegenwerken • De draaglast overschrijdt de draagkracht in sterke mate • De eigen lichamelijke of psychische problematiek is zo groot dat deze de opvoedingsvaardigheden blijvend hinderen • Een sterk verstoorde relatie tussen de ouders en het kind, zodat de ouders geen invloed meer hebben; andere hulp is dan geïndiceerd.
<p>Relationele Gezinstherapie (RGT) De doelgroep is jongeren (IQ > 55) in de leeftijd van 12 tot 18 jaar met (ernstige) externaliserende gedragsproblemen (waaronder het plegen van een of meer delicten) en hun gezinnen. De interventie heeft als doel het verminderen van de gedragsproblemen van de jongere waaronder de kans op het plegen van (nieuwe) delicten.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernstige symptomen van psychopathologie of verslaving die ten grondslag liggen aan de gedragsproblemen. • Er is geweld in het gezin waarbij het gezin weigert deze te bespreken. • Actieve tegenwerking door de jongere of ouders. • De jongere woont niet thuis en keert niet binnen afzienbare tijd terug in het gezin. • De jongere en/of ouders hebben een IQ van onder de 55 <p>Bijzonderheden:</p>

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
	<ul style="list-style-type: none"> • Relationale gezinstherapie kan ingezet worden bij LVB-jongeren (IQ >55)
<p>ReSet</p> <p>De doelgroep is allochtone en autochtone ouders van risicogezinnen en multiprobleemgezinnen met kinderen van 0 tot 19 jaar . Er is sprake van opvoedingsspanning of beginnende opvoedingscrisis in combinatie met ten minste één risicofactor. De interventie heeft als doel ouders in risicogezinnen in staat te stellen de opvoeding van hun kind(eren) weer zelfstandig ter hand te nemen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is sprake van (dreigende) ernstige opgroei- of opvoedproblematiek al dan niet samenhangend met psychiatrische of LVG-problematiek • Er is sprake van ernstige acute problematiek (al dan niet met een psychiatrische oorzaak en al dan niet gepaard gaande met dreigende uithuisplaatsing) • Gezinnen die kampen met chronische psychiatrische of verslavingsproblemen of gediagnosticeerde verstandelijke beperkingen.
<p>Romeo</p> <p>Romeo is een ambulante individueel programma van 12 bijeenkomsten gericht op jongens van 12 tot en met 18 jaar die seksueel grensoverschrijdend gedrag vertonen. Romeo werkt aan versterking van de seksuele interactiecompetentie om herhaling te voorkomen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veroordeeld zijn voor seksueel misbruik (intensiever/ander aanbod beter passend) • Dusdanige verslavingsproblematiek (blowen of alcohol) waardoor de jongen onvoldoende kan profiteren van het programma. • IQ lager van 70.
<p>Samen misbruik de baas – Kind</p> <p>De interventie richt zich op vrouwelijke slachtoffers van seksueel misbruik met een matige of lichte verstandelijke beperking (IQ tussen 40-85) vanaf 18 jaar met als doel dat zij minder problemen ondervinden ten gevolge van het seksueel misbruik. Binnen een lotgenotengroep krijgen vrouwen inzicht in de gevolgen van seksueel misbruik en gaan ze aan de slag met schuld- en schaamtegevoelens.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nog in therapie of gezinsbehandeling zijn of hier behoefte aan hebben • Psychose- en decompensatierisico • Actueel misbruik • Daderschap • Verslavingsproblematiek.
<p>Samen misbruik de baas – Opvoeder</p> <p>De interventie richt zich op vrouwelijke slachtoffers van seksueel misbruik met een matige of lichte verstandelijke beperking (IQ tussen</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nog in therapie of gezinsbehandeling zijn of hier behoefte aan hebben • Psychose- en decompensatierisico

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>40-85) vanaf 18 jaar met als doel dat zij minder problemen ondervinden ten gevolge van het seksueel misbruik. Binnen een /lotgenotengroep krijgen vrouwen inzicht in de gevolgen van seksueel misbruik en gaan ze aan de slag met schuld- en schaamtegevoelens.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Actueel misbruik • Daderschap • Verslavingsproblematiek.
<p>Samen stevig staan Een behandelprogramma voor jeugdigen 9 tot 16 jaar met een licht verstandelijke beperking in combinatie met gedragsproblemen. Doel is vermindering van het probleemgedrag van het kind door de opvoedingsvaardigheden van de ouders en de sociale vaardigheden en probleemoplossende vaardigheden van de jeugdigen te trainen in groepsbijeenkomsten.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autismespectrumstoornissen • Actieve psychoses bij zowel ouders als kind • Ernstige hoor of zicht problemen die het volgen van de training te sterk belemmeren, bij zowel ouders als kinderen
<p>School Time Out Project (STOP) STOP is een reboundvoorziening voor leerlingen van 12 tot 18 jaar uit het VMBO met zodanige gedragsproblematiek dat zij niet meer kunnen functioneren in de klas. Gedurende maximaal 13 weken krijgt de jongere een integrale aanpak aangeboden (onderwijs, jeugdzorg en begeleide vrijetijdsbesteding) met als doel het behalen van een startkwalificatie op de eigen school voor regulier voortgezet onderwijs.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • School geeft aan dat de leerling niet meer terug kan keren. • De veiligheid van de omgeving en/of de hulpverleners niet voldoende gewaarborgd is ten gevolge van antisociaal gedrag van de ouder of ernstig opstandig en/of antisociaal gedrag van de jeugdige.
<p>School2Care School2Care is een geïntegreerd aanbod van onderwijs, (jeugd)zorg en begeleide vrije tijdsbesteding voor jongeren (12-18 jaar) met zeer complexe problemen die niet of nauwelijks naar school gaan. De jongere krijgt 6-9 maanden een intensief dagprogramma met als doel dat de jongere doorstroomt naar een reguliere opleiding, stage of werk waarbij hij 6 maanden ambulante begeleiding ontvangt.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kind is belemmerd in deelname door ernstige psychiatrische problematiek, door ernstige verslaving of middelengebruik en/of door beperkt leervermogen (IQ tussen de 70 en 75 is een bespreekgeval afhankelijk van de overige problematiek). • De jongere kan functioneren in het regulier (speciaal) onderwijs (de problematiek is te licht) of er zijn andere passende voorzieningen zoals een time-out voorziening

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>Shantala Babymassage individueel</p> <p>De interventie richt zich op moeders (of vaders) met hun baby van zes weken tot negen maanden oud, waarbij een risico is op insensitief opvoedgedrag. Het doel is het verminderen van het risico op een onveilige gehechtheidsrelatie en het bevorderen van een veilige gehechtheidsrelatie, door de sensitiviteit van de moeder tijdens de verzorging van de baby te vergroten.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moeder is niet in staat om te communiceren met de uitvoerder van de interventie • (Vermoeden van) kindermishandeling • Psychische problematiek van de moeder waarvoor behandeling door de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) noodzakelijk is • Langdurige huidaandoening van de baby
<p>Signs of Safety</p> <p>Signs of Safety' is een oplossingsgerichte benadering voor Gezinnen waar (vermoedelijk) kindermishandeling plaatsvindt of de risico's hierop groot zijn. Het doel van de werkwijze is dat het kind (weer) veilig kan opgroeien in het gezin. Samen met het gezin ontwikkelt de hulpverlener een veiligheidsplan, met behulp van oplossingsgerichte vragen, zodat het gezin zijn gedragsrepertoire kan uitbreiden</p>	<p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wanneer het nodig geacht wordt dat er specifieke ondersteuning/behandeling ingezet moet worden, zoals opvoedingsondersteuning of agressieregulatietraining, dan wordt er doorverwezen naar andere instanties/interventies. • Doordat SoS gericht is op samenwerking met het gezin en het netwerk actief betreft, is het uitermate geschikt bij migrantengroepen uit een 'wij cultuur'.
<p>Stevig ouderschap</p> <p>De interventie richt zich op gezinnen met een pasgeboren kind tot 18 maanden, die zijn geselecteerd op basis van een aantal risicofactoren voor opvoedingsproblemen en/of kindermishandeling. Het doel is binnen 6 huisbezoeken ernstige opvoedingsproblemen, waaronder kindermishandeling, te voorkomen.</p>	<p>Contra-indicaties</p> <ul style="list-style-type: none"> • In de praktijk worden de geformuleerde contra-indicaties niet gehanteerd.
<p>Stoere schildpadden</p> <p>De interventie is een groepsprogramma voor kinderen van 4-6 jaar van gescheiden ouders. Het doel is om binnen de 12 wekelijkse bijeenkomsten emotionele- en gedragsproblemen te voorkomen of beperken.</p>	<p>Contra indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Geen toestemming van één of beide ouders. • Ernstige gedragsproblemen (bijvoorbeeld sterk oppositioneel, agressief of destructief gedrag). • Ernstige emotionele problemen (bijvoorbeeld sterk depressief gedrag)

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
	<ul style="list-style-type: none"> • Kinderen die vanwege ernstige emotionele problemen of gedragsproblemen behandeling krijgen vanuit de Jeugdhulp of GGZ • Kinderen met een (licht) verstandelijke beperking.
<p>Stop 4-7 – Samen sterker Terug op Pad</p> <p>De interventie richt zich op gezinnen met kinderen van 4 tot 7 jaar met ernstige externaliserende gedragsproblemen. Het doel van de geïntegreerde behandeling voor kinderen, ouders en leerkrachten is het verminderen van gedragsproblemen door het aanleren en versterken van prosociaal gedrag (kindtraining) en door het versterken van opvoedingsvaardigheden van ouders en leerkrachten.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het kind functioneert op een lager niveau dan dat van een vierjarige. • Het kind functioneert helemaal niet in een groep • Als het gezin zich in een crisissituatie bevinden (bijvoorbeeld midden in een vechtscheiding) wordt een behandeling op dat moment ook afgeraden. • Als ouders niet actief kunnen of willen meedoen met het programma. • Beperkte leermogelijkheden van de ouders zijn niet noodzakelijk een contra-indicatie. De ervaringen met zwakbegaafde ouders zijn positief. Wel is in die gevallen meer ondersteuning thuis nodig.
<p>Storm en Spetters</p> <p>De doelgroep is jonge kinderen (4-7 jaar) die te maken hebben gehad met huiselijk geweld in de thuissituatie, ook wanneer ze daarvan vooralsnog geen problemen lijken te ondervinden Het doel van de interventie is het voorkomen en/of verminderen van posttraumatische stresssymptomen en internaliserend en externaliserend probleemgedrag</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De ouder is onvoldoende gemotiveerd voor cursus • De ouder is niet bereid te reflecteren op het eigen handelen t.o.v. het kind • Het kind of de deelnemende ouder kan niet functioneren in een groep vanwege ernstige psychische, psychiatrische of verslavingsproblemen. • Het kind heeft ernstige trauma gerelateerde klachten, namelijk ernstige dissociatieve klachten of suïcidale neigingen • De ouder en/of het kind beheersen de Nederlandse taal onvoldoende én er is binnen de organisatie geen mogelijkheid om gebruik te maken van een tolk. • Ouders die ernstige trauma gerelateerde klachten hebben zijn niet bij voorbaat uitgesloten van deelname. Wel is het belangrijk dat ze daarvoor in therapie zijn

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
	Bijzonderheden: <ul style="list-style-type: none"> • Kinderen met een lichtverstandelijke beperking, die functioneren op een leeftijd tussen 4 -7 jaar, kunnen ook deelnemen aan Storm en Spetters. • Opvoeders met een lichtverstandelijke beperking is geen contra-indicatie. Taalgebruik wordt dan aangepast.
<p>Survival kid</p> <p>Survival Kid is een besloten website voor jongeren van 12-24 jaar waarvan een gezinslid een psychisch of verslavingsprobleem heeft. Doel is een bijdrage leveren aan het voorkomen van psychische problemen die kunnen ontstaan door de situatie waarin de jongeren opgroeien.</p>	
<p>Themis opvoedcursus</p> <p>Themis is een opvoedcursus voor moeders uit migrantengroepen. Doel is de moeders vertrouwd te maken met kennis en opvattingen over opvoeding in Nederland en om hen adequate opvoedingsvaardigheden aan te leren. Daarnaast leren zij instituties kennen die belangrijk zijn bij de opvoeding.</p>	Contra-indicaties: <ul style="list-style-type: none"> • Ernstige psychiatrische problemen, zoals borderline, kinderen met ernstige ontwikkelingsstoornissen.
<p>TOM-training</p> <p>De interventie is gericht op kinderen van 4 -12 jaar met een Autisme Spectrum Stoornis (ASS) en een IQ van minimaal 70. Doel is dat de kinderen meer adequaat sociaal(invoelend) gedrag laten zien. .</p>	Contra-indicaties: <ul style="list-style-type: none"> • IQ < 70 • Extreem angstig, impulsief en/of agressief gedrag. In het geval van onvermogen om met andere kinderen contact te hebben zonder in paniek te raken of extreem agressief gedrag te vertonen kan voor een individuele training worden gekozen
<p>Treatmen Foster Care Oregon-Adolescenten (TFCO-A)</p> <p>TFCO-A is bedoeld voor jeugdigen in de leeftijd van 12 tot en met 17 jaar met complexe gedragsproblemen, inclusief delinquent gedrag en</p>	Contra-indicaties: <ul style="list-style-type: none"> • Onvoldoende cognitief vermogen (IQ<70). Bij een IQ tussen 70 en 80 is een schoolrapportage gewenst om een inschatting te kunnen maken van de leerbaarheid binnen het behandeltermijn

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>met een gemiddeld tot hoog recidiverisico. Het hoofddoel is een succesvolle terugkeer naar ouders of doorstroming naar, al dan niet begeleid, zelfstandig wonen.</p>	<p>van een half jaar tot een jaar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Onvoldoende waarborging van veiligheid en te grote schade-kansen, waaronder extreem agressief gedrag, ernstige psychiatrische problematiek, zelfverwonding of suïcidaal gedrag of ernstige vorm van verslaving. • Indien er geen geschikte match tussen jeugdige en beschikbare opvoedouders is te vinden en ook niet op de korte termijn (binnen twee maanden) zicht is op een geschikte plek. • Een te grote reisafstand tussen de plek van het perspectief van de jeugdige (vervolgplek) en de behandelomgeving van TFCO-A. • Een vorm en/of frequentie van weglopen waardoor de behandeling regelmatig (dagelijks/wekelijks) onderbroken wordt en waar onvoldoende consistent en consequent met een kortdurende time-out op gereageerd kan worden. <p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De meeste jeugdigen stromen in vanuit een Jeugdzorg plus instelling (civielrechtelijk) in het kader van een machtiging gesloten jeugdzorg die open ten uitvoer gelegd wordt of een Justitiële Jeugdinrichting op basis van een strafrechtelijk vonnis. TFCO-A kan ook ingezet worden als het mis gaat in een open residentiele setting of vanuit de thuissituatie.
<p>Triple P niveau 2</p> <p>Triple P is bedoeld voor alle ouders van kinderen in de leeftijd van 0-16 jaar. Dit interventieniveau is bedoeld voor ouders met specifieke vragen en/ of onzekerheden over het gedrag en de ontwikkeling van hun kind. Het algemene doel van Triple P is de preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap en zelfvertrouwen van ouders.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het kind of opvoeder(s) leidt aan ernstige psychopathologie <p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Triple P kan ook voor migranten (specifieke voorzieningen voor migranten).

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>Triple P niveau 3</p> <p>Triple P is bedoeld voor alle ouders van kinderen in de leeftijd van 0-16 jaar. Dit interventieniveau is bedoeld voor ouders met specifieke zorgen over het gedrag en de ontwikkeling van hun kind. Het algemene doel van Triple P is de preventie van (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap en zelfvertrouwen van ouders.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gezinsdisfunctie • Er is bij het kind sprake van psychopathologie of niet gediagnosticeerde problematiek. Er kan wel sprake zijn van subklinische problemen • Psychopathologie bij ouders • Ouder zitten in een scheidingsproces <p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Triple P kan ook voor migranten (specifieke voorzieningen voor migranten).
<p><u>Triple P niveau 4 – groep</u></p> <p>Triple P niveau 4 richt zich op ouders van kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar die matige of ernstige gedrags- of emotionele problemen bij hun kind ervaren en hierbij een gerichte training in opvoedvaardigheden nodig hebben.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernstige gezinsproblemen • Kind heeft stemmingsstoornis of gedragsstoornis volgens de DSM-criteria (Triple P kan desondanks wel ondersteunend zijn voor ouders) • Er is sprake van dermate psychopathologische problemen bij ouders dat deelname aan de interventie bemoeilijkt wordt • Ouders zijn vanwege de tijdsinvestering of andere praktische redenen niet in staat om een 8-10 weken durend programma te volgen <p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Triple P kan ook voor migranten (specifieke voorzieningen voor migranten). • Voor Triple-P 4 - Groep wordt er goed gekeken naar de groepssamenstelling. De voorkeur gaat uit naar een homogene samenstelling.
<p>Triple P niveau 4 – individueel</p> <p>Triple P niveau 4 richt zich op ouders van kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar die matige of ernstige gedrags- of emotionele problemen bij hun</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernstige gezinsproblemen • Kind heeft stemmingsstoornis of gedragsstoornis volgens de DSM-criteria (Triple P kan

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>kind ervaren en hierbij een gerichte training in opvoedvaardigheden nodig hebben.</p>	<p>desondanks wel ondersteunend zijn voor ouders)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is sprake van dermate psychopathologische problemen bij ouders dat deelname aan de interventie bemoeilijkt wordt • Ouders zijn vanwege de tijdsinvestering of andere praktische redenen niet in staat om een 8-10 weken durend programma te volgen <p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Triple P kan ook voor migranten (specifieke voorzieningen voor migranten). • Kan speciaal ingezet worden bij laag opleidingsniveau en intensievere problematiek
<p>Triple P niveau 4 – zelfgestuurd</p> <p>Triple P niveau 4 richt zich op ouders van kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar die matige of ernstige gedrags- of emotionele problemen bij hun kind ervaren en hierbij een gerichte training in opvoedvaardigheden nodig hebben.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gezinsproblemen • Kind heeft stemmingsstoornis of gedragsstoornis volgens de DSM-criteria (Triple P kan desondanks wel ondersteunend zijn voor ouders) • Er is sprake van dermate psychopathologische problemen bij ouders dat deelname aan de interventie bemoeilijkt wordt • Er is sprake van dermate relatieproblemen bij ouders dat deelname aan de interventie bemoeilijkt wordt • Er zijn taal- en leesvaardigheidsproblemen aanwezig <p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Triple P kan ook voor migranten (specifieke voorzieningen voor migranten). • Triple P niveau 4 zelfgestuurd kan ingezet worden speciaal bij gezinnen die afgelegen wonen/ slecht bereikbaar zijn
<p>Triple P niveau 5</p>	<p>Bijzonderheden:</p>

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>Triple P niveau 5 richt zich op ouders van kinderen in de leeftijd van 0-12 jaar die matige of ernstige gedrags- of emotionele problemen bij hun kind ervaren en hierbij een gerichte training in opvoedvaardigheden nodig hebben. De doelgroep specifiek voor niveau 5 zijn gezinnen met extra risicofactoren die niet zijn veranderd als gevolg van deelname aan een lager interventieniveau.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bij NJI staat dat niveau 5 wordt beoordeeld op effectiviteit. Echter is Triple P in het algemeen beoordeeld als 'goed beschreven'
<p>Uit de schaduw van een ander</p> <p>De doelgroep van de interventie is vrouwen waarbij sprake is (geweest) van partnergeweld in de vorm van psychisch, lichamelijk of seksueel geweld. Het stoppen van het partnergeweld en het doorbreken van de cirkel van geweld die leidt tot sociaal isolement zijn de hoofddoelen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een tekort aan mondelinge uitdrukkingsvaardigheid in de Nederlandse taal. • Onvoldoende zelfinzicht of gebrek aan een realistische kijk op veiligheid en risico's. • Gebrek aan motivatie of onvermogen om verantwoordelijkheid voor eigen gedrag te nemen. • Een psychiatrisch ziektebeeld waardoor groeps participatie belemmerd wordt, zoals psychose of verslaving. • Problematiek die maakt dat iemand regelmatig afwezig zal zijn, waardoor groeps participatie niet haalbaar is. • Het ontbreken van de bereidheid om binnen een groep te functioneren, of niet in staat zijn om de eigen problematiek met groepsgenoten te delen. • Het ontbreken van de bereidheid of het vermogen om zich te conformeren aan gemaakte afspraken. • Zelf vaker pleger dan slachtoffer van huiselijk geweld zijn. • Slachtoffer zijn van huiselijk geweld door kinderen, ouders of andere huisgenoten.
<p>Veilig Sterk en Verder</p> <p>De doelgroep bestaat uit gezinnen waarbinnen structurele fysieke kindermishandeling heeft plaatsgevonden en/of waarbinnen eenmalig levensbedreigende kindermishandeling heeft plaatsgevonden. VSV is</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het is voor BJZ (nog) niet mogelijk om (al is het maar tijdelijk door een uithuisplaatsing) voldoende actuele veiligheid voor de kinderen te garanderen. • BJZ werkt niet toe naar terugplaatsing binnen een periode van maximaal zes maanden (tenzij

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>erop gericht de veiligheid thuis aantoonbaar te herstellen en de kinderen zich weer veilig te laten voelen in de relatie met hun ouders.</p>	<p>anders overeengekomen met toezichthouder en ouders).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ouders zijn niet motiveerbaar om te werken aan vergroting van de veiligheid voor de kinderen, toezicht door anderen (dus samenwerken met BJZ) te accepteren, te investeren in intensieve wekelijkse behandeling en/of toestemming te verlenen voor samenwerking en uitwisseling van de noodzakelijke informatie in het belang van de veiligheid van het kind tussen de VSV instanties (BJZ, de Waag en de JeugdGGZ) en andere instanties die betrokken raken bij de hulp aan het gezin. <p>Bijzonderheden</p> <ul style="list-style-type: none"> • De interventie stelt de gezinsvoogd en daarmee het maatschappelijk gezag als voorwaarde voor behandeling. De gezinsvoogd stelt veiligheid van het kind als doel en is gelegitimeerd gedrag van ouders, dat bijdraagt aan veiligheid van het kind, af te dwingen. De focus van behandeling is de veiligheid van het kind in zijn gezin. Dit vraagt van professionals in de JeugdGGZ om een ander referentiekader en om multisectorale samenwerking.
<p>VertrekTraining</p> <p>VertrekTraining wil de kans op thuisloosheid van jongeren vanaf 16 jaar na vertrek uit een opvangcentrum of internaat verminderen en al bestaande thuisloosheid bestrijden.</p>	
<p>Video Hometraining (VHT) in gezinnen met kinderen in de basisschooleeftijd</p> <p>VHT is voor gezinnen die problemen ervaren in de opvoeding. Doel is verbetering van de interactie tussen ouders en kinderen waardoor sociaal-emotionele ontwikkelingsproblemen bij kinderen (van 4 tot 12 jaar) worden voorkomen dan wel verminderd.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Een contra-indicatie is aanwezig wanneer er sprake is van (zeer) complexe problematiek, waarbij op voorhand duidelijk is dat er langdurige of zwaardere vormen van hulp nodig zijn in het gezin. • Adoptiegezinnen waarbij sprake is van een hechtingsstoornis • Pleeggezinnen

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
	<p>Contra-indicaties kind:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gediagnosticeerde ernstige ontwikkelingsproblematiek volgens de DSM-IV: PDD-NOS, Asperger, autisme, ADHD. <p>Contra-indicaties ouder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ouders met ernstige gediagnosticeerde psychiatrische problematiek • Ouders met verslavingsproblematiek • Ouders met gediagnosticeerde (ernstige) verstandelijk beperkte vermogens • Huiselijk geweld, (vermoedens van) kindermishandeling • Ernstige relatieproblemen van de ouders <p>Contra-indicaties gezin of directe omgeving:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Als een broertje of zusje van het aangemelde kind onder de twaalf jaar uit huis is geplaatst. • Als gelijktijdig andere hulpverlening gegeven wordt met een andere focus. • Als het dagelijks functioneren van het gezin wordt belemmerd en overschaduwd door bijv. grote financiële problemen en er een dreigende uithuiszetting is of afsluiting van gas, licht en water. <p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er bestaat tevens een variant VHT t.b.v. de begeleiding van pleeggezinnen
<p>Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)</p> <p>De doelgroep is ouders van kinderen van 1-3 jaar met lastig gedrag en/of ouders die onzeker zijn over het disciplineren van hun kinderen. Het hoofddoel is het voorkomen of verminderen van gedragsproblemen door het versterken van ouderschapsvaardigheden.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinderen met ontwikkelingsstoornissen (autisme, ADHD) of mentale retardatie • Ouders met potentieel levensbedreigende psychiatrische problematiek • Ouders verdacht van kindermishandeling. <p>Bijzonderheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor immigrantengezinnen en voor ouders met mentale retardatie wordt een nieuwe versies van VIPP-SD ontwikkeld en getoetst (VIPP-TM resp. VIPP-MR)

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>Voorwaardelijke Interventies in Gezinnen (VIG)</p> <p>De doelgroep is multiprobleemgezinnen met een kind jonger dan 16 jaar die problemen hebben op meerdere leefgebieden. De hoofddoelen zijn dat ouders zijn in staat een veilige leefomgeving te bieden voor hun kinderen in en om het huis en dat het gezin is weer toegankelijk voor hulp zonder externe dwangmiddelen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doorkruising lopend justitieel onderzoek. • De politie adviseert hulpverleners om niet alleen het gezin binnen te gaan vanwege grote onveiligheid. • Er loopt een dreigende uithuiszetting van het gezin waaraan vastgehouden wordt en die niet onderhandelbaar is in het kader van VIG; of het gezin is dakloos. <p>Bijzonderheden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het gezin wordt gedwongen door middel van korting op de uitkering en biedt tegelijkertijd één centrale contactpersoon die een inschatting maakt van wat er nodig is op de meerdere levensgebieden. Hierdoor ontstaat er een ruilrelatie tussen cliënt en de VIG coach. • Er kan bij opvoeder(s) sprake zijn van een (licht) verstandelijke beperking (statische factor)
<p>Voorzorg</p> <p>De doelgroep is de eerste kinderen van -9 maanden tot 2 jaar, welke geboren worden bij moeder die te maken hebben met een opeenstapeling van risicofactoren op mishandeling en verwaarlozing. Het hoofddoel is het terugdringen van (het risico op) kindermishandeling om daarmee de ontwikkeling en gezondheidskansen van de kinderen te vergroten.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zware psychiatrische problematiek of aperte psychoses • Zware drugs- en/of alcoholverslaving • Niet leerbaar genoeg door cognitieve beperkingen of door bovenstaande problematiek
<p>VRIENDEN</p> <p>De doelgroep is kinderen (8 -16 jaar) met angststoornissen en depressieve klachten. Het doel is het helpen van kinderen en jongeren bij het aanleren van vaardigheden en technieken om hun angst of depressie aan te pakken.</p>	<p>Bijzonderheden:</p> <p>VRIENDEN kan ook individueel ingezet worden, bij zowel kinderen als jongeren.</p>

Interventie (beschrijving)	Contra-indicaties/bijzonderheden
<p>WRITEjunior</p> <p>De doelgroep van de interventie bestaat uit kinderen en adolescenten tussen de 4 en 18 jaar, die PTSS hebben. Het hoofddoel is: de ingrijpende ervaringen, waardoor het kind is getraumatiseerd, worden verwerkt zodat de posttraumatische stressklachten zijn verdwenen of sterk zijn afgenomen.</p>	<p>Contra-indicaties:</p> <ul style="list-style-type: none">• Een onveilige leefsituatie of zeer onrustige thuissituatie. Als de traumatisering die de aanleiding was voor de PTS problematiek niet gestopt is kan niet begonnen worden met behandeling.• Ernstige comorbiditeit. Indien er sprake is van ernstige comorbiditeit dient dit mogelijk eerst behandeld te worden.• Kinderen onder de vier jaar; bij deze kinderen kan bijvoorbeeld beter gebruik worden gemaakt van EMDR.