

**Grootschalige en systematische preventie van
psychische aandoeningen bij jongeren en
jongvolwassenen:**

Een verkenning van evidentie en 'best practices'

Lizanne JS Schweren

Ans Hovenkamp

Frederike Jörg

Kaying Li-Kan

Robert A Schoevers



Dit rapport is tot stand gekomen in opdracht van:

Colofon



Dit rapport is tot stand gekomen in opdracht van en werd gefinancierd door FNO: een vermogensfonds dat zich inzet voor gelijke kansen op meer gezondheid, kwaliteit van leven en toekomstperspectief. Het rapport is geschreven door onderzoekers van de afdeling psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Groningen en de Rijksuniversiteit Groningen.

Tekst: Lizanne JS Schweren, Ans Hovenkamp, Frederike Jörg, Kaying Li-Kan en Robert A Schoevers.

Lay-out: Lizanne JS Schweren

Copyright: Alle rechten zijn voorbehouden. Niets van de deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand en/of openbaar worden gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder uitdrukkelijke voorafgaande schriftelijke toestemming van FNO.

Datum: 01-03-2021

Contact: Bert Kuipers (FNO)

1. Inhoudsopgave

1. Inhoudsopgave	2
2. Synopsis	4
3. Aanbevelingen	6
4. Inleiding	8
4.1. Aanleiding	8
4.2. Probleemschets	8
4.3. Preventie	9
4.4. Opbouw van dit rapport	9
5. Narratief overzicht van de literatuur	11
5.1. Doel	11
5.2. Zoekstrategie	11
5.3. Resultaten	13
5.3.1. Stemmingsstoornissen	13
5.3.1.1. Psychologische interventies	13
5.3.1.2. Leefstijlinterventies	22
5.3.1.3. Interventies gericht op ouders/gezinnen	27
5.3.1.4. Andersoortige interventies	29
5.3.2. Problematisch middelengebruik	31
5.3.2.1. Langdurende psychologische interventies	32
5.3.2.2. Kortdurende psychologische interventies	38
5.3.2.3. Interventies gericht op ouders/gezinnen	47
5.3.2.4. Andersoortige interventies	51
5.4. Interpretatie en aanbevelingen	54
5.4.1. Stemmingsstoornissen	54
5.4.2. Problematisch middelengebruik	56
6. Inventarisatie van ‘best practices’ met betrekking tot implementatie	59
6.1. Inleiding	59
6.2. Methode	59
6.2.1. Doelgroep	59
6.2.2. Enquête	60
6.3. Resultaten	61
6.3.1. Respondenten en kwantitatieve analyse	61
6.3.2. Geïdentificeerde organisaties	62

6.3.3. Geïdentificeerde initiatieven, programma's en strategieën	67
6.3.4. Factoren die bijdragen aan succesvolle implementatie	76
6.4. Interpretatie en aanbevelingen	77
7. Bronnenlijst	81

2. Synopsis

De meeste mensen die een depressieve stoornis of middelenmisbruikstoornis ontwikkelen, doet dat vóór hun vijftiende levensjaar. Effectieve preventieprogramma's gericht op het voorkomen van deze stoornissen onder jongeren en jongvolwassenen kunnen een grote bijdragen leveren aan het verlagen van de psychische ziektelast op populatieniveau. In het noorden van Nederland willen organisaties vanuit publiek domein, onderwijs, zorg en bedrijven gezamenlijk investeren in duurzame preventie van psychische aandoeningen. In het huidige vooronderzoek verkennen wij a) welke interventies ter preventie van depressieklachten en problematisch middelengebruik onder jongeren en jongvolwassenen beschikbaar zijn; en b) internationale 'best practices' om deze interventies te implementeren.

Stemmingsstoornissen

Door middel van een literatuurstudie brachten we in kaart welke preventieve interventies gericht op het voorkomen van depressieve stoornissen en/of stoornissen in middelengebruik onder jongeren en jongvolwassenen beschikbaar zijn. We evalueerden de effectiviteit van deze interventies, en hun toepasbaarheid in de Nederlandse situatie. Interventies gericht op het voorkomen van depressieve klachten en stemmingsstoornissen onder jongeren vallen uiteen in drie categorieën: psychologische interventies, leefstijlinterventies, en interventies gericht op ouders/gezinnen. Psychologische interventies zijn effectief bevonden wanneer ze geïndiceerd worden aangeboden (i.e. aan jongeren met beginnende depressieve klachten), maar niet wanneer ze universeel worden aangeboden (i.e. aan alle jongeren). Effectieve interventies in deze categorie zijn Op Volle Kracht, MindReSolve, en interpersonal therapie/adolescent skills training (IPT-AST). In de categorie leefstijlinterventies zijn mindfulness-based stress reduction (MBSR) interventies effectief gebleken, en kunnen slaapinterventies bijdragen aan de preventie van stemmingsstoornissen onder jongeren met slaapproblemen. We identificeerden geen bewezen effectieve interventies gericht op ouders/gezinnen ter preventie van depressieve klachten bij jongeren/jongvolwassenen.

Problematisch middelengebruik

Interventies gericht op het voorkomen van problematisch middelengebruik onder jongeren vallen uiteen in drie categorieën: langdurende psychologische interventies gericht op jongeren van elf tot veertien jaar, kortdurende psychologische interventies gericht op jongeren

vanaf zestien jaar, en interventies gericht op ouders/gezinnen. In de eerste categorie zijn de Life Skills Training, Unplugged en de alcohol- en cannabis-modules van Climate Schools effectief bevonden. Kortdurende interventies met behulp van gepersonaliseerde feedback kunnen online en geautomatiseerd worden aangeboden, maar zijn met name effectief voor jongeren die gemotiveerd zijn hun gedrag te veranderen. Voor de effectiviteit van interventies waarin gepersonaliseerde feedback face-to-face werd aangeboden, werden in de Verenigde Staten aanwijzingen gevonden, maar onder Nederlandse jongeren niet. In de categorie interventies gericht op ouders/gezinnen werd de Family Check-Up als effectief beoordeeld.

Succesvolle implementatie

Met behulp van een enquête onder internationale preventieonderzoekers identificeerden we vijf integrale programma's die succesvol zijn geïmplementeerd, waarvan er vier ook in Nederland beschikbaar zijn. 1) De Mental Health First Aid training (Australië) is een kosteneffectieve training voor particulieren, bedrijven en instellingen die inmiddels in vijftieng lander wordt aangeboden. De training wordt sinds 2015 ook aangeboden via negentien GGZ instellingen in Nederland. 2) Headspace (Australië) faciliteert laagdrempelige en kortdurende hulpverlening voor jongeren met (beginnende) psychische klachten op meer dan honderd locaties verspreid over Australië. @ease, de Nederlandse variant van Headspace, beschikt inmiddels over inlooplocaties in Amsterdam, Rotterdam, Groningen, Heerlen en Maastricht. 3) Het IJslands preventiemodel biedt lokale oplossingen gericht op factoren die het risico op middelengebruik onder jongeren vergroten, waardoor het aantal IJslandse jongeren dat middelen gebruikt drastisch is gedaald. Het IJslands preventiemodel wordt door het Trimbos Instituut in zes Nederlandse gemeenten getest. 4) Binnen de Communities-aanpak van de European Alliance Against Depression werken GGZ-instellingen en maatschappelijke partners op regionaal niveau intensief samen, waardoor in Duitsland het aantal suïcidepogingen met zeventwintig procent afnam. Supranet implementeert het Communities-model momenteel in negen Nederlandse regio's. Het vijfde initiatief, Beyond Blue, kent geen Nederlandse variant of equivalent. Het Australische Beyond Blue is als organisatie primair belast met het uitvoeren van het overheidsbeleid met betrekking tot de preventie van psychische aandoeningen. Naast de vier bovengenoemde succesvolle programma's, identificeerden we twee veelbelovende initiatieven die op dit moment in Nederland worden geëvalueerd: de STORM-aanpak en het ROC-Aanvalsplan. Factoren die bijdragen aan succesvolle implementatie zijn a) wetenschappelijke evidentie van de aangeboden interventie; b) toegankelijkheid van het programma voor een breed publiek; en c) duurzame financiering en ondersteuning van het programma.

3. Aanbevelingen

1. De Nederlandse overheid streeft naar preventie van psychische aandoeningen, maar *een centrale strategie* ter preventie van psychische aandoeningen ontbreekt. Wij adviseren de vormgeving van een organisatie die uitsluitend belast is met de uitvoering van het overheidsbeleid met betrekking tot de preventie van psychische aandoeningen, met de volgende kenmerken:
 - a. de organisatie en haar beleid worden duurzaam financieel ondersteund door de overheid;
 - b. de organisatie richt zich primair op educatie van zorgprofessionals over de preventie van psychische aandoeningen;
 - c. de organisatie richt zich secundair op voorlichting van burgers over de preventie van psychische aandoeningen; en
 - d. het beleid van de organisatie is gestoeld op wetenschappelijk onderbouwde interventies en strategieën.

2. In Nederlandse worden reeds verschillende bewezen effectieve interventies en programma's uitgevoerd ter preventie van stemmingsstoornissen en middelenmisbruik. Het ontwikkelen van nieuwe programma's is op dit moment niet nodig. Wij adviseren structurele financiële ondersteuning (middels punt 1) van

- a. het IJslands preventiemodel;
- b. @ease;
- c. Mental Health First Aid training;
- d. Supranet Communities;
- e. de STORM aanpak/Op Volle Kracht; en
- f. ROC aanvalsplan.

Deze programma's kunnen worden aangevuld met één of meer bewezen effectieve interventies: MindReSolve, mindfulness-based stress reduction, Life Skills Training, Unplugged, Climate Schools en Family Check-Up.

3. Een centrale organisatie ter preventie van psychische aandoeningen kan en moet domein-overstijgend opereren. De preventie van psychische aandoeningen raakt immers niet alleen het (geestelijke) gezondheidsdomein, maar ook die van het onderwijs, sociale voorzieningen en het bedrijfsleven. Een geïntegreerde aanpak waarin interventies een plaats krijgen naast maatschappij-brede interventies gericht op structurele risicofactoren

voor psychische problemen (bijv. bestrijding van armoede, slechte woonomstandigheden en ongelijke kansen op de arbeidsmarkt) is noodzakelijk.

4. Inleiding

4.1 Aanleiding

In het noorden van Nederland willen organisaties vanuit publiek domein, onderwijs, zorg, patiënten en familieleden en berijven gezamenlijk investeren in een grootschalig programma om de ziektelast van psychische stoornissen te verminderen, met als concrete ambitie een reductie van de prevalentie van tien procent in 2030. Hiertoe willen we een pakket van interventies opzetten, gericht op de belangrijke risicofactoren en doelgroepen, vergezeld van monitoring van uitkomsten. Specifiek willen we ons richten op jongeren en jongvolwassenen, omdat daar de grootste winst te behalen valt. Bij de start van dit project voeren we een verkenning uit naar de huidige evidentie vanuit de wetenschappelijke literatuur, en naar projecten elders in de wereld die vanuit dezelfde ambitie zijn opgezet. Welke interventies kunnen succesvol worden geïmplementeerd, en wat zijn ‘lessons learned’? Op basis van deze input zal in de noordelijke regio een serie projecten worden opgezet gericht op het voorkomen van psychische stoornissen bij jongeren en jongvolwassenen (‘noordelijke proeftuin’) met landelijke relevantie.

4.2 Probleemschets

De overgang van adolescentie naar volwassenheid gaat gepaard met een toename in psychische kwetsbaarheid. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) concludeert op basis van de jaarlijkse gezondheidsenquête van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) dat het percentage Nederlanders dat zich psychisch niet gezond voelt tijdens de jongvolwassenheid toeneemt van vijf procent op twaalf- tot zestienjarige leeftijd naar dertien procent op twintig- tot dertigjarige leeftijd, waarna het percentage stabiliseert.¹ In vergelijking met eerdere en latere levensfasen is tijdens de adolescentie/jongvolwassenheid (twaalf tot dertig jaar) het risico op het ontwikkelen van een depressie, angststoornis, eetstoornis, verslaving, psychotische stoornis of bipolaire stoornis sterk verhoogd.²⁻⁵ de genoemde aandoeningen komen, in absolute zin, depressie, angststoornissen en stoornissen in middelengebruik het vaakst voor, met geschatte lifetime prevalenties in Nederland van respectievelijk achttien, zestien en negen procent.⁵

In veel gevallen is een eerste episode van depressie, angststoornis of stoornis in middelengebruik een voorbode van langdurig psychisch lijden. Van elke zeven personen die op enig moment voldoen aan de criteria voor problematisch middelengebruik, is een jaar later slechts één persoon volledig gestopt.⁶ Depressie en angststoornissen kennen vaak een fase van herstel,

echter meer dan de helft van de patiënten die herstellen van een eerste depressieve of angstepisode zal binnen een periode van tien jaar opnieuw een stemmings- of angststoornis ontwikkelen.^{7,8} Indien we erin slagen de incidentie van depressie en angststoornissen en stoornissen in middelengebruik onder jongeren en jongvolwassenen te verlagen, zal dit leiden tot een substantiële vermindering van de psychische ziektelast over de gehele levensloop.

4.3 Preventie

Preventief interveniëren kan op drie niveaus (**Figuur 1**). Universele preventie richt zich op gezondheidsbevordering van de gehele bevolking (bijv. gymles voor alle kinderen in het basisonderwijs ter preventie van overgewicht). Selectieve preventie richt zich op personen met één of meerdere risicofactoren (bijv. bewegprogramma voor kinderen in een buurt met lage sociaaleconomische status). Voor selectieve preventie is het van belang relevante risicofactoren en -groepen te identificeren. Geïndiceerde preventie, tot slot, richt zich op personen die reeds milde symptomen vertonen en heeft als doel te voorkomen dat bestaande klachten verergeren (bijv. voedingsinterventie voor kinderen met matig overgewicht). Vroegsignalering valt onder deze noemer.

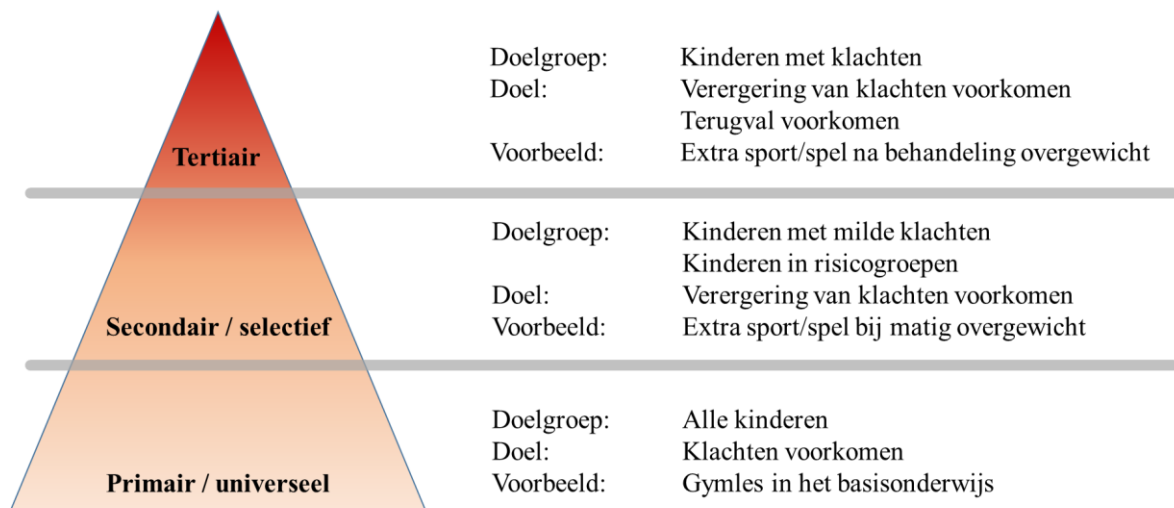
De huidige voorverkenning heeft als doel universele, selectieve en geïndiceerde interventies te identificeren die effectief bijdragen aan primaire preventie van stemmingsstoornissen en stoornissen in middelengebruik onder jongeren en jongvolwassenen in de leeftijd van twaalf tot vijfentwintig jaar. De keuze voor stemmingsstoornissen en stoornissen in middelengebruik is ingegeven door a) de snel toenemende prevalentie van deze stoornissen tijdens de adolescentie; b) de hoge prevalentie, ziektelast en grote economische gevolgen van deze stoornissen in de algehele bevolking; en c) de beschikbaarheid van effectieve interventies voor deze stoornissen. Interventies ter preventie van angststoornissen worden niet apart beschreven, omdat angst- en depressieve stoornissen (juist op jongere leeftijd) vaak samen voorkomen en moeilijk te onderscheiden zijn. Omdat veel preventieve interventies echter een generiek karakter hebben (bijv. gericht op emotieregulatie), is de verwachting dat zulke interventies ook het risico op andere aandoeningen verminderen.

4.4 Opbouw van dit rapport

Het huidige onderzoeksrapport bestaat uit twee delen. Deel één omvat een narratieve scoping review, waarin we de recente internationale literatuur op het gebied van preventie van stemmingsstoornissen en stoornissen in middelengebruik onder jongeren en jongvolwassenen in kaart brengen. Voor zowel stemmingsstoornissen als stoornissen in middelengebruik rapporteren

we welke typen interventies beschikbaar zijn (bijv. psychologische interventies, interventies gericht op ouders, etc.), om vervolgens per type interventie a) de effectiviteit in algemene zin te beschrijven, en b) een selectie van relevante interventies te benoemen. Relevante interventies worden geselecteerd op basis van de mate waarin interventies wetenschappelijk onderzocht zijn, de mate waarin interventies zich onderscheiden van andere interventies in dezelfde categorie, en de toepasbaarheid van interventies in de Nederlandse situatie. Interventies die reeds in Nederland worden toegepast en/of worden ondersteund door Nederlandse instanties (bijv. Nederlands Jeugdinstituut) worden altijd beschreven.

Deel twee van de voorverkenning omvat een enquête onder internationale experts betreffende de resultaten van daadwerkelijk geïmplementeerde (gepubliceerde en niet-gepubliceerde) preventieve interventies voor jongeren en jongvolwassenen, belangrijke ‘lessons learned’, en aanbevelingen voor succesvolle implementatie van preventieve interventies in de Nederlandse context.



Figuur 1. Primaire, secundaire en tertiaire preventie.

5. Narratief overzicht van de literatuur

5.1 Doel

De huidige literatuurstudie heeft de volgende doelen: 1) het identificeren van beschreven primair preventieve interventies gericht op het voorkomen van depressieve en/of stoornissen in middelengebruik onder jongeren en jongvolwassenen; 2) het beoordelen van de effectiviteit van de geïdentificeerde interventies en toepasbaarheid in de Nederlandse situatie.

5.2 Zoekstrategie

Databases PubMed, PsycINFO, Web of Science en MedRxiv werden doorzocht met zoektermen bestaande uit drie componenten: (1) prevention, (2) depression OR substance use disorder OR addiction, en (3) young OR adolescent OR student. Database-specifieke zoektermen en -strategieën (bijv. MeSH-terms) werden toegepast, net als alternatieve formuleringen van de zoektermen (bijv. depressive episode, alcohol misuse, young adult). Zoekresultaten werden gelimiteerd tot Engelstalige en Nederlandstalige publicaties verschenen tussen 01-01-2000 en 01-10-2020. Gerandomiseerde trials (RCT), meta-analyses en review papers werden geïnccludeerd. Voor elk onderzoeksveld identificeerden we eerst de meest recente en relevante overzichtsartikelen. Bevindingen uit deze artikelen werden aangevuld met a) trials die werden gepubliceerd na het verschijnen van het overzichtsartikel, b) trials die buiten de scope van het gevonden overzichtsartikel vielen maar binnen de scope van de huidige narratieve literatuurstudie, en c) interessante onderzoeksresultaten uit de Nederlandse context. **Tabel 1** beschrijft de scope van onze zoekstrategie (inclusie) en onze exclusiecriteria.

Tabel 1. In- en exclusiecriteria tijdens de selectie van publicaties.

	Inclusie	Exclusie
Publicatie type	<ul style="list-style-type: none"> - Interventiestudies - (Systematische) reviews - Meta-analyses - Gerandomiseerde trials 	<ul style="list-style-type: none"> - Observationale studies - Protocol beschrijvingen - Opiniërende artikelen - Kwalitatieve studies
Type interventie	<ul style="list-style-type: none"> - Primaire preventie 	<ul style="list-style-type: none"> - Secundaire preventie - Tertiaire preventie - Behandel interventies - Interventie gericht op populatie (bijv. mediacampagne) - Interventie gericht op kortdurende verandering (bijv. voorlichting over alcoholgebruik voorafgaand aan examenfeest)
Kwaliteit	<ul style="list-style-type: none"> - Voor trials: tenminste 30 deelnemers per groep - Interventie is (ook) geïmplementeerd na 1-1-2000 	<ul style="list-style-type: none"> - Studie werd in review beoordeeld als ‘lage kwaliteit’ en/of ‘hoog risico op bias’
Doelgroep	<ul style="list-style-type: none"> - Jongeren (12-18 jaar) - Jongvolwassenen (18-25 jaar) - Studenten 	<ul style="list-style-type: none"> - Studies met enkel kinderen <12 jaar / met een gemiddelde leeftijd van <12 jaar - Studies met enkel volwassenen (>25 jaar / met een gemiddelde leeftijd van >25 jaar) - Jongeren met een depressie/ stoornis in middelengebruik - Studies met enkel niet-westerse jongeren
Uitkomstmaten	<ul style="list-style-type: none"> - Incidentie/prevalentie van depressieve stoornissen - Incidentie/prevalentie van stoornissen in middelengebruik - Depressieve klachten - (Problematisch) middelengebruik 	<ul style="list-style-type: none"> - Incidentie/prevalentie van enkel roken - Incidentie/prevalentie van enkel gedragsmatige verslavingen (bijv. gokken) - Economische kosten-baten analyse - Attitudes, kennis en intenties in plaats van geobserveerd gedrag (bijv. ‘kennis over de gevaren van alcoholmisbruik’)

5.3 Resultaten

5.3.1 Stemmingsstoornissen

Interventies gericht op het voorkomen van depressieve klachten en stemmingsstoornissen onder jongeren vallen uiteen in drie categorieën. De eerste en verreweg best beschreven categorie betreft psychologische interventies. Deze interventies zijn veelal gebaseerd op cognitieve gedragstherapie (CGT), en richten zich op het identificeren van en omgaan met (negatieve) gedachten en emoties. Ook psychologische interventies gebaseerd op andere psychotherapeutische technieken, waaronder interpersoonlijke therapie (IPT), vallen in deze categorie. Psychologische interventies zijn onderzocht onder scholieren en studenten, als universele en selectieve/geïndiceerde strategie, in de schoolomgeving en daarbuiten, en kent online en face-to-face varianten. Twee belangrijke overzichtsartikelen beschrijven en evalueren psychologische interventies voor scholieren op systematische wijze.^{9,10} Resultaten werden aangevuld met die van overzichtsartikelen met een vergelijkbare scope.^{11,12} Daarnaast raadpleegden we overzichtsartikelen met een specifieke focus, waaronder online interventies,^{13,14} interventies buiten de schoolomgeving,¹⁵ interventies gericht op college-studenten,¹⁶ en lange-termijn uitkomsten.¹⁷

Het tweede type interventies betreft leefstijlinterventies. Leefstijlinterventies richten zich op het bevorderen van een gezonde leefstijl en/of ontspanning/mindfulness, met als doel symptomen van depressie te voorkomen en verminderen. Voor het beschrijven van deze diverse categorie maakten we gebruik van overzichtsartikelen betreffende bewegingsinterventies,^{18,19} mindfulnessinterventies²⁰⁻²² en slaapinterventies,²³ en werden trials geïdentificeerd in eerdergenoemde overzichtsartikelen met een specifieke focus (bijv. ^{10,11,16}).

De derde categorie betreft interventies gericht op ouders en gezinnen. Deze interventies zijn net als die in de eerste categorie gebaseerd op CGT, en richten zich daarnaast op het bevorderen van begrip en steun binnen het gezin. Het belangrijkste overzichtsartikel betreffende ouder-interventies is dat van Yap en collega's.²⁴ Ook in een aantal eerdergenoemde overzichtsartikelen werden ouder-interventies meegenomen (bijv. ¹⁷). Tot slot beschrijven we onder 'andersoortige interventies' alle interventies die niet vallen binnen bovengenoemde categorieën.

5.3.1.1 Psychologische interventies

Verreweg de meeste psychologische interventies ter preventie van depressieve klachten en stoornissen bij jongeren zijn gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische technieken (CGT).

De klassieke CGT is gestoeld op het werk van Beck (1976) dat stelt dat gevoelens van depressie het resultaat zijn van negatieve gedachten en niet bevorderlijk gedrag. CGT leert mensen grip te krijgen op negatieve denkpatronen en gedrag in te zetten dat bijdraagt aan een positieve stemming. Veel moderne CGT programma's besteden daarnaast aandacht aan het ontwikkelen van probleemoplossend vermogen, het identificeren van persoonlijke waarden, mindfulness en ontspanning. Andere psychologische interventies voor de preventie van depressie bij jongeren maken gebruik van technieken uit de interpersoonlijke therapie (IPT). IPT is gebaseerd op de assumptie dat psychische klachten ontstaan door interpersoonlijke conflicten, verlies, roltransities en eenzaamheid. IPT-technieken zijn erop gericht interpersoonlijke stress weg te nemen en toegang tot sociale steun te vergroten, om zo depressieve klachten te voorkomen of verminderen.

Het meeste onderzoek naar de effectiviteit van psychologische interventies ter preventie van depressie bij jongeren is gedaan onder middelbare scholieren. In de literatuur is een verschuiving te zien van universeel aangeboden interventies (bijv. klassikaal) naar selectieve en geïndiceerde interventies (bijv. in groepjes van maximaal acht leeftijdsgenoten). Deze verschuiving werd deels ingegeven door de geringe effecten van universele interventies. De meeste psychologische interventies bestaan uit acht tot twaalf wekelijkse of tweewekelijkse bijeenkomsten tijdens schooltijd, soms gevolgd door één of meerdere boostersessies. Sessies worden begeleid door GGZ-professionals, die hiervoor een korte cursus hebben gevolgd. Over de effectiviteit van psychologische interventies buiten de schoolomgeving (bijv. in een eerstelijns zorginstelling), interventies gericht op studenten en jongvolwassenen, en interventies aangeboden door niet-GGZ professionals (bijv. docenten) is minder bekend.

De systematische meta-analyse van Hetrick en collega's constateert dat psychologische interventies a) niet effectief zijn als universele strategie ter preventie van depressieve klachten bij kinderen en jongeren; maar b) wel effectief zijn als geïndiceerde preventieve strategie in deze groep.⁹ Verschillende andere overzichtsstudies en individuele trials bevestigen dat jongeren met milde of subklinische depressieve klachten meer baat hebben bij preventieve psychologische interventies dan jongeren zonder depressieve klachten (bijv. ^{11,12}). Gelijktijdige analyse van de data van alle trials toont aan dat jongeren tot een jaar na afloop van psychologische interventie significant minder depressieve klachten hadden en een lager risico liepen op het ontwikkelen van klinische depressie.⁹ Onderstaand beschrijven we een selectie van psychologische interventies die kunnen mogelijk bijdragen aan de preventie van depressie bij jongeren en jongvolwassenen.

Penn Resiliency Program

Het Penn Resiliency Program (PRP) werd reeds aan het eind van de jaren negentig ontwikkeld in de Verenigde Staten. De variant die op dit moment wordt toegepast dateert van 2008,²⁵ en is gericht op jongeren van tien tot veertien jaar. Het PRP programma bestaat uit twee componenten. De eerste component, gebaseerd op CGT, leert scholieren over de relatie tussen gevoelens, interpretaties, gedachten en gedrag. De tweede component is gericht op probleemoplossend vermogen, omgaan met stress, en interpersoonlijke vaardigheden zoals assertiviteit, onderhandelen en beslissingen nemen. PRP wordt aangeboden in tien tot twaalf wekelijkse sessies van negentig minuten, plus een beperkt aantal boostersessies. Naast het basisprogramma zoals hier beschreven is er ook een oudermodule beschikbaar, en zijn er varianten ontwikkeld toegespitst op studenten in het hoger onderwijs en jongeren met een andere culturele achtergrond. We identificeerden in de literatuur daarnaast een groot aantal programma's dat gebaseerd is op PRP dan wel een zeer vergelijkbare vorm en inhoud hebben, waaronder: Coping with Adolescent Depression, Adolescents Coping with Emotion, Teaching Kids to Cope, the Blues Program (minder sessies, maar inhoudelijk vergelijkbaar), Een Sprong Vooruit, Op Volle Kracht, en VRIENDEN. Een Sprong Vooruit, Op Volle Kracht en VRIENDEN worden/werden in Nederland toegepast en worden daarom nader toelicht.

Brunwasser en collega's onderzochten in een meta-analyse het effect van het PRP programma. De auteurs concluderen dat PRP het risico op depressie verlaagt ten opzichte van een wachtlijst controlegroep.²⁶ Uitgesplitst naar type preventie worden significante effecten gevonden in trials waar PRP selectief wordt aangeboden, maar niet in trials waar PRP universeel wordt aangeboden. Een latere studie bevestigt dit onderscheid, en toont tevens aan dat de oudermodule niet bijdraagt aan verhoogde effectiviteit.²⁷ Ook effectiviteitsstudies van interventies vergelijkbaar aan PRP leveren onvoldoende bewijs voor een universeel preventief effect, en wijzen op het bestaan van een geïndiceerd preventief effect (bijv. ^{28,29}).

In Nederland is het Penn Resiliency Program beschikbaar als Op Volle Kracht (OVK). OVK wordt aangeboden aan jongeren van elf tot zestien jaar, en bestaat uit acht lessen van elk vijftig minuten. In de eerste vier lessen leren de jongeren over gedachten en gevoelens, en over de samenhang tussen stressvolle gebeurtenissen, negatieve gedachten, en negatieve gevoelens. In de laatste vier lessen leren ze bewijs zoeken om negatieve gedachten te ontkrachten, positievere gedachten te formuleren, en slechtste-, beste- en meest waarschijnlijke scenario's te onderzoeken. Elke les gaat gepaard met huiswerk. Net als uit Amerikaans onderzoek blijkt uit Nederlands onderzoek dat OVK effectief is als geïndiceerde preventieve interventie^{30,31} maar niet als universele preventieve interventie.^{32,33} Overigens bleek een Nederlandse voorloper van OVK met vergelijkbare opzet, Een Sprong Vooruit, in gerandomiseerd onderzoek niet effectief in het verbeteren van het beloop van depressieve klachten onder meisjes uit kwetsbare gezinnen.³⁴

Een tweede Nederlandse interventie die sterk lijkt op PRP is VRIENDEN. VRIENDEN is een door Loket Gezond Leven erkende interventie die zich richt op angstige en depressieve gevoelens bij kinderen en jongeren. VRIENDEN biedt naast behandelmodules, modules voor kinderen en modules voor ouders ook een geïndiceerde preventieve module voor jongeren van twaalf tot en met zestien jaar met milde depressieve klachten. Tijdens tien groepsbijeenkomsten van zestig tot negentig minuten leren de jongeren vaardigheden en technieken die hen helpen om met gevoelens van angst en depressie om te gaan. De oefeningen hebben betrekking op lichamelijke reacties, gedachten, en leer- en gedragsprocessen. Het Nederlands Jeugdinstituut heeft VRIENDEN beoordeeld als ‘effectief volgens sterke aanwijzingen’.³⁵ Deze beoordeling is echter gebaseerd op onderzoek naar de effectiviteit van VRIENDEN voor kinderen tot en met twaalf jaar. De effectiviteit van VRIENDEN als preventieve interventie voor jongeren vanaf twaalf jaar is niet onderzocht.

MoodGYM

[MoodGYM](#) is een interactief en volledig online programma dat is ontwikkeld om depressieve symptomen bij jongeren te voorkomen of te verminderen. MoodGYM werd in 2001 ontwikkeld in Australië. De interventie is gebaseerd op CGT en heeft als doel disfunctionele gedachten te veranderen, zelfvertrouwen en interpersoonlijke relaties te verbeteren, en belangrijke levensvaardigheden als probleemoplossend vermogen en ontspanning aan te leren. Het programma bestaat uit vijf modules die naast informatie ook animaties, quizzen en huiswerkopdrachten bevatten. MoodGYM kan universeel worden aangeboden (bijv. wekelijks tijdens een lesuur op school) of selectief worden ingezet. MoodGYM is vertaald in het Duits, Nederlands, Fins, Chinees en Noors. Op dit moment wordt naast de Engelstalige echter alleen de Duitse variant ondersteund. Australische gebruikers moeten zestien jaar of ouder zijn om toegang te krijgen; Amerikaanse, Canadese en Duitse gebruikers moeten tenminste achttien jaar oud zijn.

Hoewel MoodGYM goed is onderzocht, richtten slechts enkele studies zich specifiek op de effectiviteit van MoodGYM als preventieve interventie voor jongeren of jongvolwassenen. De uitkomsten van deze studies zijn wisselend. Wanneer MoodGYM als universele interventie aan jongeren werd aangeboden, werd ofwel geen effect gevonden³⁶ ofwel een klein positief effect³⁷ dat sterker leek in deelnemers met meer depressieve klachten voorafgaand aan de interventie.³⁸ Een andere universele studie vond geen effect omdat minder dan tien procent van de deelnemers aan het onderzoek gebruikmaakte van het programma.³⁹ Een Noorse studie naar het effect van MoodGYM als geïndiceerde interventie onder studenten vond wel een positief effect.⁴⁰ We concluderen dat er onvoldoende bewijs is dat MoodGYM een effectieve universele

preventieve interventie is voor jongeren/jongvolwassenen, maar dat MoodGYM mogelijk potentie heeft als geïndiceerde interventie.

In Nederland wordt op dit moment onderzoek gedaan naar iCare: een volledig online preventieprogramma dat lijkt op MoodGYM. iCare is een interactieve interventie voor studenten die wordt aangeboden via online platform MindDistrict en via een mobiele app (optioneel). Net als MoodGYM is iCare gebaseerd op CGT. In zeven sessies van elk zestig minuten wordt aandacht besteed aan psycho-educatie, negatieve gedachtenpatronen, gedragsactivatie en probleemoplossen. Daarnaast kunnen deelnemers kiezen voor een booster- of keuzesessie over bijvoorbeeld weerbaarheid, perfectionisme, slaap, ontspanning of piekeren. In het onderzoek naar de effectiviteit van iCare wordt de interventie aangeboden aan Nederlandse, Duitse, Spaanse en Oostenrijkse studenten van zestien jaar of ouder die kampen met milde depressieve klachten. Er worden twee varianten van het programma onderzocht: begeleid en onbegeleid. De resultaten van het onderzoek worden in 2021 verwacht.⁴¹

IPT-AST

Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training (IPT-AST) is een interventie gestoeld op technieken uit de interpersoonlijke therapie. De interventie bestaat uit acht groepsessies van negentig minuten die door een psycholoog worden aangeboden in de schoolsituatie. Tijdens de sessies leren de jongeren in groepjes van drie tot zeven leeftijdsgenoten symptomen van depressie te herkennen, bespreken ze de relatie tussen gevoelens en interpersoonlijk gedrag en oefenen ze effectieve communicatiestrategieën. Daarnaast bevat IPT-AST drie individuele sessies, waarin onder andere persoonlijke doelen worden gesteld.

IPT-AST is enkel in de Verenigde Staten onderzocht. In een trial voor geïndiceerde preventie werd gevonden dat IPT-AST effectief was in het verminderen van depressieve klachten en in het verlagen van het risico op depressie, met name onder jongeren die voorafgaand aan de interventie relatief veel of ernstige depressieve klachten hadden.⁴² IPT-AST was op korte-termijn effectiever dan reguliere school counseling,⁴³ maar dit effect verdween op lange-termijn.⁴⁴ IPT-AST was even effectief als een groepsinterventie gebaseerd op CGT.⁴² We concluderen dat IPT-AST effectief is als geïndiceerde interventie ter preventie van de depressieve klachten bij jongeren, maar dat onderzoek in Nederlandse of Europese groepen ontbreekt.

CATCH-IT

CATCH-IT (Competent Adulthood Transition with Cognitive-behavioral Humanistic and Interpersonal Training) werd in 2009 ontwikkeld in de Verenigde Staten om tegemoet te

komen aan de groeiende vraag naar online preventieve interventies voor jongeren met beginnende depressieve klachten. CATCH-IT onderscheidt zich van andere online interventies door zich specifiek te richten op jongeren die zich met milde klachten melden in de eerstelijns (bijv. huisarts). In vijftien online modules combineert CATCH-IT de belangrijkste elementen van het Penn Resiliency Program en IPT-AST. Jongeren leren automatische negatieve gedachten en assumpties te herkennen en veranderen, leren omgaan met hopeloosheid, tegenslag en heftige emoties, en oefenen met gedragsactivatie, probleemoplossen en communicatievaardigheden. Tevens zijn er vijf oudermodules beschikbaar, waarin ouders leren over hun eigen psychische kwetsbaarheid en die van hun kind, oefenen met conflictsituaties en kennismaken met ondersteuningsopties. In recent gerandomiseerd onderzoek bleek CATCH-IT niet effectiever te zijn dan algemene voorlichting over gezondheid in het voorkomen van depressieve klachten of depressieve episodes.^{45,46}

SPARX-R

[SPARX-R](#) is een online spelprogramma dat in Nieuw-Zeeland werd ontwikkeld voor jongeren van middelbare schoolleeftijd. Het programma bestaat uit zeven wekelijkse modules ('levels') van twintig tot dertig minuten die zijn gebaseerd op CGT. De speler moet in de vorm van een avatar de balans herstellen in een virtuele fantasiewereld die is overspoeld met negatieve gedachten (GNATs: gloomy, negative, automatic thoughts). Een gids helpt de speler situaties uit het spel te verbinden met situaties uit het echte leven. De modules gaan over hoop, actief zijn, omgaan met heftige emoties, problemen overwinnen, en niet-helpende gedachten herkennen en uitschakelen. Spelers leren vaardigheden als ontspanning, activiteiten plannen, gedragsactivatie, emotieregulatie, interpersoonlijke vaardigheden, probleem oplossen, stress tolerantie en omdenken. Daarnaast bevat het programma huiswerkopdrachten.

SPARX-R is in Nieuw-Zeeland onderzocht als universele preventieve interventie voor leerlingen in het eindexamenjaar. Het eindexamen vormt voor veel scholieren een significante stressor. Jongeren in de SPARX-R groep hadden na afloop van de interventie en tot zes maanden later minder depressieve symptomen dan jongeren in de controlegroep.⁴⁷ In Nederland is SPARX-R in een gerandomiseerde trial onder adolescente meisjes met milde depressieve klachten vergeleken met Op Volle Kracht (OVK) en met een controlegroep. SPARX-R en OVK zijn beiden gebaseerd op CGT maar zijn verschillend van vorm (computerspel vs. groepsbijeenkomsten). Het Nederlandse onderzoek liet zien dat SPARX-R en OVK beiden resulteerden in minder depressieve symptomen. De controlegroep liet echter ook een daling in symptomen zien, waardoor niet kan worden vastgesteld of de daling door de interventie veroorzaakt werd.⁴⁸

MindReSolve

MindReSolve is een psychologische preventieve interventie die zich specifiek richt op het verminderen van overmatig piekeren en een negatieve denkstijl. De interventie is gebaseerd op rumination-focused gedragstherapie: een stroming binnen de CGT die stelt dat overmatig piekeren en een negatieve denkstijl aangeleerde vormen van vermijding zijn die zichzelf versterken. Door middel van functionele analyse wordt onderzocht hoe, waar en wanneer overmatig piekeren en een negatieve denkstijl zich voordoen, welke functie deze gedragingen hebben, en welke consequenties deze denkpatronen hebben. Met behulp van psycho-educatie, signaalherkenning, het bedenken van alternatieve reacties, zelfreflectie, gedragsactivatie en gedragsexperimenten wordt getracht de negatieve denkstijl om te zetten in een meer concrete denkstijl, en vermijding in toenadering. MindReSolve bestaat uit zes wekelijkse geprotocolleerde sessies van negentig minuten. De sessies worden aangeboden door getrainde GZ-psychologen in groepjes van vijf tot negen jongeren.

In Nederland werd MindReSolve onderzocht onder bovenbouwleerlingen van het VWO, in meerderheid meisjes, die hoog scoorden op een vragenlijst voor piekeren en negatieve gedachten. Een derde van de leerlingen ontving de interventie in groepsessies zoals hierboven beschreven, een derde ontving de interventie als zelfgestuurd online programma met geïndividualiseerde geschreven feedback door GZ-psychologen, en een derde werd toegewezen aan de wachtlijst conditie. De face-to-face en online versie van MindReSolve verminderden beiden depressiesymptomen tot twaalf maanden na afloop van de interventie, en resulteerden in een lagere prevalentie van klinische depressie in vergelijking met de wachtlijstgroep.⁴⁹ Een Engelse groep vergeleek hetzelfde online programma met een volledig zelfstandig te volgen online variant (met geautomatiseerde in plaats van gepersonaliseerde feedback) onder studenten, en vond aanwijzingen dat de volledig zelfgestuurde variant mogelijk even effectief is als de variant met gepersonaliseerde feedback.⁵⁰

CBASP

Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) werd oorspronkelijk ontwikkeld voor patiënten met chronische of terugkerende depressies.^{229, 230} Met kleine aanpassingen werd de interventie geschikt gemaakt als geïndiceerd programma ter preventie van depressieve symptomen. CBASP maakt gebruik van situationele analyse om disfunctionele interpersoonlijke situaties en interpersoonlijke incidenten te onderzoeken, en de manier waarop de patiënt naar zichzelf en de wereld kijkt te veranderen. Met behulp van werkbladen worden

interacties gedetailleerd en gestructureerd in kaart gebracht, inclusief de interpretatie, uitkomst en gewenste uitkomst. De interventie bestaat uit zes geautomatiseerde online sessies van elk twintig minuten waarin deelnemers leren over CBASP en herhaaldelijk oefenen met het maken van situationele analyses. De interventie onderscheidt zich van andere CGT-interventies door haar exclusieve focus op situationele analyse van interpersoonlijke situaties. CBASP werd onderzocht onder studenten aan de universiteit van Florida met milde depressieve symptomen en/of angstklachten. Na afloop van het programma hadden studenten in de interventiegroep minder depressieve symptomen vergeleken met studenten in de controlegroep.⁵¹ Het effect van CBASP is niet onderzocht onder Nederlandse of Europese jongeren.

Grip op je dip Online

[Grip op je dip Online](#) is een door Loket Gezond Leven erkende interventie die zich richt op jongeren van zestien tot vijftwintig jaar met milde tot matige depressieve klachten, met als doel het ontwikkelen van een depressieve stoornis te voorkomen. De cursus is ontwikkeld door Stichting Gripopjedip in samenwerking met participerende GGZ-instellingen (o.a. Indigo, Youz, Dimence/Impulz, Ypse, Mediant). De online cursus bestaat uit zes wekelijkse groepsbijeenkomsten van anderhalf uur in een beveiligde chat omgeving, begeleid door een getrainde GGZ-professional. Jongeren leren op gestructureerde wijze negatieve denkpatronen te achterhalen en om te zetten in reële en positieve manieren van denken en gedrag. Er wordt gebruik gemaakt van huiswerkopdrachten. Grip op je dip Online onderscheidt zich van eerdergenoemde online interventies omdat de online sessies in groepsverband worden aangeboden.

Het Loket Gezond Leven heeft Grip op je dip Online de status ‘eerste aanwijzingen van effectiviteit’ toegekend.⁵² Het Nederlands Jeugdinstituut daarentegen heeft Grip op je dip Online verwijderd uit de database van erkende interventies vanwege het verlopen van de erkenning. De erkenning van het Loket Gezond Leven is gebaseerd op onderzoek onder Nederlandse jongeren, waarin Grip op je dip Online effectief bleek in het verminderen van depressieve klachten.⁵³ Belangrijk om daarbij op te merken is dat de meerderheid van de jongeren bij aanvang van de studie voldeed aan de criteria voor een depressieve stoornis. Grip op je dip Online is in deze studie dus niet beoordeeld als primair preventieve interventie, maar als behandelinterventie. We concluderen dat er onvoldoende bewijs is dat Grip op je dip Online effectief is ter preventie van depressieve klachten of stoornissen onder jongeren.

Happyles

[Happyles](#) is een preventieve interventie voor jongeren van dertien tot vijftientig jaar oud die op het vmbo of mbo les krijgen. Happyles is ontwikkeld door het Trimbos Instituut. Het doel van Happyles is het bevorderen van welbevinden en geluk en het verminderen van depressieve klachten. Happyles bestaat uit een universeel en een facultatief/geïndiceerd deel. Het universele deel beslaat vier lessen: een klassikale introductieles, twee e-learning modules met oefeningen in positieve psychologie, een zelftest en adviesgesprek, en een klassikale afsluiting. Tijdens de lessen wordt onder andere aandacht besteed aan het stimuleren van probleemoplossend vermogen, gedragsactivatie, irrealistische en negatieve gedachten ombuigen naar meer realistische en positieve gedachten, en aan sociale vaardigheden. Het universele deel van Happyles kan aangeboden worden door preventiemedewerkers van school, getrainde docenten, GGZ- of GGD-medewerkers, of eerstelijnspsychologen. Het facultatieve deel van Happyles is geïndiceerde online groepscurriculum van zes lessen die wordt gegeven door getrainde GGZ-professionals. In deze lessen komen achtereenvolgens de thema's 'stemming', 'denken en doen', 'denkfouten', 'anders leren denken', 'in geval van nood' en 'toekomst' aan bod. De lessen zijn gebaseerd op CGT en inhoudelijk vergelijkbaar met de sessies van Grip op je dip Online, echter aangepast op het niveau van leerlingen die op het vmbo en mbo les krijgen.

Happyles wordt erkend door het Loket Gezond Leven, en door het Nederlands Jeugdinstituut omschreven als 'goed onderbouwd'.⁵⁴ De wetenschappelijke onderbouwing van Happyles bestaat uit drie pilotstudies waarin enkel het universele deel van de interventie werd onderzocht. De eerste pilotstudie richtte zich enkel op MBO-leerlingen. In deze studie werd geen effect gevonden van Happyles op welbevinden. Depressie Scores werden niet onderzocht. De tweede pilotstudie richtte zich op middelbare scholieren van alle niveaus. Happyles resulteerde bij leerlingen met milde klachten in een afname van depressieve klachten. De derde pilotstudie onderzocht het effect van Happyles bij VMBO-scholieren, en vond opnieuw een afname van symptomen onder jongeren die bij aanvang van de studie milde of ernstige depressieve klachten hadden. In geen van de pilotstudies werd gebruikgemaakt van een controlegroep. Voor de effectiviteit van het geïndiceerde deel van Happyles wordt verwezen naar onderzoek naar de effectiviteit van Grip op je dip Online. We concluderen dat er onvoldoende bewijs is voor de effectiviteit van Happyles onder scholieren op het VMBO/MBO voor universele of geïndiceerde preventie.

Preventure-ND

Preventure werd ontwikkeld ter preventie van alcoholmisbruik onder middelbare scholieren. Preventure is een selectief preventieprogramma, gericht op scholieren die hoog scoren op één van vier persoonlijkheidsprofielen die het risico op problematisch alcoholgebruik

verhogen (negatief denken, angstgevoeligheid, impulsiviteit en sensatie zoeken). Preventure biedt vier gerichte interventies passend bij de vier persoonlijkheidsprofielen. Omdat het persoonlijkheidsprofiel ‘negatief denken’ tevens de kans op depressieve klachten verhoogt, en de interventie behorend bij dit profiel gebruik maakt van technieken uit de cognitieve gedragstherapie, is geopperd dat Preventure mogelijk het risico op depressieve klachten in deze groep kan verlagen.⁵⁵ We beschrijven in deze sectie daarom de Preventure-interventie gericht op jongeren die hoog scoren op negatief denken (hierna genoemd: Preventure-ND).

Preventure-ND onderscheidt zich van andere psychologische interventies die gebruikmaken van CGT door haar korte duur. Het programma bestaat uit twee groepsbijeenkomsten van negentig minuten. Tijdens de eerste bijeenkomst worden jongeren voorgelicht over de kwetsbaarheden in hun persoonlijkheid en bijbehorende risico’s, wordt het CGT-model uitgelegd en reflecteren de jongeren op hun eigen gedragingen, gedachten en lichamelijke ervaringen. In de tweede sessie worden deelnemers uitgenodigd niet-helpende gedachten te identificeren die leiden tot probleemgedrag, en meer helpende alternatieve gedachten te onderzoeken.

In het Verenigd Koninkrijk werd onder scholieren van dertien tot zestien jaar oud die hoog scoorden op negatief denken een positief effect gevonden van Preventure-ND op depressieve klachten. In de controlegroep werd echter ook een klein positief effect gevonden, waardoor het verschil tussen de groepen niet significant was.⁵⁶ Bij herhaalde meting na twee jaar bleek dat het risico op een zware depressie in de Preventure-ND groep niet lager lag dan in de controlegroep met hetzelfde persoonlijkheidsprofiel.⁵⁷ In dezelfde studie bleek overigens dat Preventure onder scholieren met andere persoonlijkheidsprofielen wel het risico op een zware depressie verminderde. In Nederland werd Preventure-ND onderzocht in een vergelijkbare sample van middelbare scholieren. In de groep scholieren die hoog scoorden op negatief denken leidde Preventure-ND niet tot een afname van depressieve symptomen. Ook in de volledige interventiegroep (alle persoonlijkheidsprofielen tezamen) had Preventure geen effect op symptomen van depressie.⁵⁸ We concluderen dat een korte gedragstherapeutische interventie gericht op jongeren die door hun negatieve denkstijl een verhoogd risico lopen niet effectief is ter preventie van depressie in deze groep.

PratenOnline

PratenOnline, ontwikkeld door Kenter Jeugdhulp, is door het Nederlands Jeugdinstituut beoordeeld als ‘goed onderbouwd.’⁵⁹ PratenOnline is een individuele chattherapie die zich richt op Nederlandstalige jongeren tussen de twaalf en drieëntwintig jaar met depressieve klachten die (nog) niet de stap zetten naar face-to-face hulp. Jongeren voeren via de beveiligde website

maximaal vier chatsessies met één hulpverlener. Deze hulpverlener stimuleert en begeleidt de jongere bij het zelf zoeken naar (deel)oplossingen waardoor depressieve gevoelens afnemen. De behandelmodule is gebaseerd op de oplossingsgerichte therapie. Het Nederlands Jeugdinstituut baseert haar oordeel over de effectiviteit van PratenOnline op onderzoek van Kramer en collega's, die een afname constateert van depressieve klachten onder jongeren die de interventie ondergaan ten opzichte van jongeren in de wachtlijstgroep.⁶⁰ De jongeren die deelnamen aan dit onderzoek hadden bij aanvang van de studie echter depressieve symptomen die passen bij een depressieve stoornis. Mogelijk is PratenOnline dus effectief als behandeling van depressieve klachten, maar de effectiviteit van PratenOnline ter preventie van depressieve klachten is niet aangetoond.

5.3.1.2 Leefstijlinterventies

Stemmingsstoornissen gaan vaak gepaard met een ongezondere leefstijl. Enerzijds resulteren depressieve symptomen als verlies aan zelfwaardering, lusteloosheid, verminderde eetlust en een verstoord slaap-waakritme vaak in veranderingen in leefstijl. Anderzijds verhoogt een ongezonde leefstijl mogelijk het risico op het ontwikkelen van een depressieve stoornis. Hoewel een direct causaal effect van een ongezonde leefstijl op depressieve symptomen in de wetenschappelijke literatuur niet onomstreden is, worden er zowel in de praktijk als in wetenschappelijk onderzoek leefstijlinterventies ingezet ter preventie van stemmingsstoornissen. In het huidige literatuuroverzicht beschrijven we in deze categorie interventies gericht op beweging/sport, voeding/voedingsstoffen, slaap en mindfulness/stressreductie. Studies die een geïntegreerd preventieprogramma aanbieden waarin leefstijl slechts een klein onderdeel vormt (bijv. ⁶¹), worden alleen beschreven indien de leefstijlcomponent afzonderlijk werd geëvalueerd. Andere studies onderzochten het effect van een leefstijlinterventie op de algehele gezondheid van jongeren, waarin stemming slechts een klein onderdeel van de uitkomstmaat betrof. Deze worden hier beschreven wanneer het effect van de interventie op depressieve klachten afzonderlijk werd geëvalueerd.

Bewegings- en sportinterventies

Larun et al. (2006) identificeerden in een meta-analyse vijf studies naar het effect van sport op depressieve symptomen in de algehele populatie van kinderen en jongeren tot negentien jaar. Wanneer deze studies tezamen werden geanalyseerd, detecteerden de onderzoekers een positief effect van sport op depressiesymptomen. Er werd geen verschil gevonden tussen laag- en hoog-intensieve sportinterventies. De onderzoekers benadrukken echter het kleine aantal

onderzoeken, de grote verschillen tussen studies en de geringe kwaliteit van de beschikbare studies.¹⁹ Bovendien vond geen van de beschreven studies plaats na het jaar 2000, en voldeed slechts een van de vijf studies⁶² aan de overige door ons gestelde criteria (bijv. tenminste dertig deelnemers per groep). Meer recent identificeerden Pascoe en collega's een achttal studies naar universele preventieve sport- en bewegingsinterventies voor jongeren tot en met vijftwintig jaar,¹⁸ waarvan er slechts drie voldeden aan de door ons gestelde criteria. In deze drie studies, allen uitgevoerd onder universitaire studenten, werd tweemaal een positief effect van aerobe (fitness) training gerapporteerd, maar niet van stretching, wekelijkse bewegingslessen bestaande uit sportieve spelvormen of krachttraining.¹⁸ Tot slot identificeerden we een groot recent onderzoek onder jonge alleenstaande moeders, waarin gevonden werd dat regelmatig sporten tijdens de zwangerschap het risico op postpartum depressie of depressieve symptomen niet verminderde.⁶³ We concluderen dat aerobe training mogelijk effectief is ter preventie van stemmingsstoornissen onder jongeren en jongvolwassenen, maar dat kwalitatief goed onderzoek ontbreekt. Geen van de geïdentificeerde studies vond plaats onder Nederlandse jongeren of jongvolwassenen.

Voedingsinterventies

Onderzoek naar de effectiviteit van interventies gericht op gezonde voeding en/of voedingsstoffen (bijv. door middel van supplementen) is zeer schaars. Twee placebo-gecontroleerde trials onderzochten het effect van respectievelijk omega-3 vetzuren en foliumzuur supplementen op depressieve klachten onder jongeren die een verhoogd risico hadden op een stemmingsstoornis. Beide studies vonden geen effect.^{64,65} Ook twee studies uitgevoerd onder volwassenen, waaronder een zeer recent groot Nederlands onderzoek, vinden geen aanwijzingen dat een gezond voedingspatroon of een gebalanceerd supplement van micronutriënten bijdraagt aan de preventie van depressieve klachten of stemmingsstoornissen.^{66,67} We concluderen dat er geen aanwijzingen zijn dat een gezond voedingspatroon of specifieke voedingsstoffen de ontwikkeling van depressieve klachten onder jongeren kunnen voorkomen.

Slaapinterventies

De bevinding dat slaapproblemen bij adolescenten vaker voorlopers dan gevolg zijn van een depressieve stoornis duidt op een belangrijke rol voor slaapproblemen in de etiologie van depressie.⁶⁸ Jongeren met slaapproblemen vormen aldus een risicogroep voor het ontwikkelen van depressieve klachten, en interventies gericht op het verminderen van slaapproblemen in deze groep zijn mogelijk werkzaam ter preventie van depressieve klachten.²³ Twee recente studies

onderzochten de effectiviteit van slaapinterventies ter preventie van depressieve klachten bij jongeren. In de SENSE-studie werd aan jongeren met slaapproblemen van twaalf tot zeventien jaar een interventie aangeboden op basis van cognitieve gedragstherapie. Tijdens zeven wekelijkse groepsessies van negentig minuten werd aandacht besteed aan psycho-educatie over slaap, slaaphygiëne, dag-nachtritme, mindfulness en piekeren. Gevonden werd dat de interventie een positief effect had op angstklachten, aandachtsproblemen, agressie en sociale problemen, maar niet op depressieve klachten.^{69,70} De tweede studie vond plaats in Nederland. Jongeren met slaapproblemen werden toegewezen aan de groepsinterventie [Slim Slapen](#) gebaseerd op CGT zoals hierboven beschreven, een individuele online interventie met dezelfde inhoud, of een wachtlijstconditie. Zowel de groepsinterventie als de online interventie hadden een positief effect op angst- en stemmingsklachten.⁷¹ Ook onder volwassenen is aangetoond dat een geautomatiseerd online CGT-programma gericht op het verminderen van slaapproblemen een positief effect heeft op depressieve klachten.⁷² We concluderen dat een groepsgewijze of online slaapinterventie gebaseerd op cognitieve gedragstherapie mogelijk effectief is ter preventie van stemmingsstoornissen onder jongeren en jongvolwassenen met slaapproblemen.

Mindfulness en stressreductie

De term mindfulness verwijst naar het ‘bewust ervaren van de huidige staat van zijn’, en vind zijn oorsprong in de Boeddhistische filosofie. Mindfulness-oefeningen beogen mensen meer bewust te maken van hun huidige emotie, aandacht te besteden aan het hier en nu, en innerlijke rust en acceptatie te bevorderen. Mindfulness oefeningen kunnen bijdragen aan een vermindering van stress – een belangrijke risicofactor voor het ontwikkelen van depressieve klachten. De gestandaardiseerde interventie mindfulness-based stress reduction (MBSR) is goed beschreven, relatief vaak onderzocht als preventieve interventie,²⁰ en kent varianten toegespitst op kinderen, jongeren en jongvolwassenen. De originele MBSR-interventie bestaat uit acht wekelijkse groepsessies van honderdvijftig minuten, een dagvullende sessie en dagelijkse huiswerkopdrachten, waarin mindfulness meditatie, lichaamsbeleving en eenvoudige yogaoefeningen aan bod komen.⁷³ Beschreven adaptaties voor jongeren en jongvolwassenen bestaan meestal uit kortere sessies en beslaan vier tot twaalf weken.

Een systematisch overzichtsartikel van Chi uit 2018 analyseert de effectiviteit van MBSR-interventies in het verminderen van depressieve symptomen bij jongeren en jongvolwassenen.²² Hoewel een eerder overzichtsartikel concludeerde dat MBSR effectief is als interventie ter preventie van depressieve klachten onder jongeren zonder klinische symptomen,⁷⁴ stelt Chi dat MBSR een groter positief effect heeft onder jongeren die voorafgaand aan de interventie meer depressieve symptomen hebben. In beide overzichtsartikelen tezamen worden

drieëntwintig studies beschreven, waarvan er vijf voldoen aan de door ons gestelde criteria. Daarnaast identificeerden we drie wetenschappelijke publicaties die sinds 2018 verschenen. Vijf van de in totaal acht relevante studies vonden een significant positief effect van de MBSR-interventie op depressie scores, terwijl drie studies geen effect vonden.

Vier van de acht relevante studies onderzochten een zelfgestuurde variant van het MBSR-programma dat online, als werkboek of als audio-cd werd aangeboden. De audio-cd bevatte geleide mindfulness- en ontspanningsoefeningen.^{75,76} Het werkboek bevatte naast een vergelijkbare audio-cd ook geschreven informatie over mindfulness, de relatie tussen lichaam en geest, en stress.⁷⁷ In de online interventie werd dezelfde inhoud aangeboden in twaalf videomodules en werden de geleide mindfulness- en ontspanningsoefeningen aangeboden in live videoconferenties. Daarnaast beschikten de deelnemers gedurende acht weken over een online discussieforum.⁷⁸ In alle gevallen werden de interventies aangeboden aan studentenpopulaties, en in alle gevallen werd een significant positief effect gevonden op depressie scores.

De overige vijf relevante studies onderzochten het effect van een groepsgewijs aangeboden mindfulness interventie op depressieve symptomen. Drie daarvan vonden plaats onder middelbare scholieren, waarvan de grootste in België. Scholieren van dertien tot zeventien jaar oud kregen tijdens schooltijd acht sessies aangeboden van honderd minuten. Tijdens de sessies werd informatie verstrekt over mindfulness, aandacht, stemming, angst, en de relatie tussen lichaam en geest, en werd geoefend met geleide meditatie, ontspannings- en ademhalingsoefeningen. Daarnaast kregen de scholieren het handboek ‘Mindfulness voor jongeren’ met audio-cd en maakten ze dagelijks huiswerkopdrachten. De interventie bleek effectief in het verminderen van depressieve symptomen.⁷⁹ Hetzelfde programma werd recent getest onder Australische scholieren van twaalf tot veertien jaar oud, ook met positief resultaat.⁸⁰ In een derde studie onder scholieren werd het programma ingekort tot acht lessen van vijftig minuten (het ‘[mindfulness in schools](#)’-programma of dot.be), echter deze variant leidde niet tot een vermindering van depressieve klachten.⁸¹ De effectiviteit van het laatstgenoemde programma wordt op dit moment onderzocht in een grootschalige studie onder scholieren in het Verenigd Koninkrijk.⁸²

Twee mindfulness interventies werden onderzocht onder studenten. Het eerste programma, ‘learning to BREATHE’, lijkt inhoudelijk sterk op de Belgische interventie. Het programma bestaat uit acht groepssessies van tachtig minuten aangeboden in de avonduren, huiswerkopdrachten, werkbladen en audio-opnames van geleide mindfulness oefeningen. Het programma had een positief effect op depressieve symptomen.⁸³ De tweede interventie, ‘Mindful Way Through the Semester’, bestond uit een eenmalige workshop van vijfenzeventig minuten waarin mindfulness en acceptatie werden geïntroduceerd als alternatief voor maladaptieve copingstrategieën (bijv. vermijding). Daarnaast werd aandacht besteed aan persoonlijke waarden

en werden twee mindfulness oefeningen gedaan. Na deelname ontvingen de studenten gedurende het semester per e-mail tips om mindfulness te integreren in hun dagelijkse routine. Ook dit programma had een positief effect, echter alleen onder studenten die voorafgaand aan de interventie veel depressiesymptomen rapporteerden.⁸⁴

We concluderen dat zowel een zelfgestuurde MBSR-interventie voor studenten (online, boek, audio-cd) als een intensieve MBSR-groepsinterventie voor middelbare scholieren positief kunnen bijdragen aan de preventie van depressieve symptomen. Mogelijk is het positieve effect groter onder deelnemers die voorafgaand aan de interventie meer depressieve symptomen hebben. Vervolgonderzoek is nodig om te bepalen of minder intensieve programma's ook voor scholieren werkzaam kunnen zijn, en of de genoemde interventies ook het risico verlagen op het ontwikkelen van een depressieve stoornis.

5.3.1.3 Interventies gericht op ouders/gezinnen

In de behandeling van stemmingsstoornissen worden vaak naasten (bijv. familieleden) betrokken. Met name op jongere leeftijd, wanneer kinderen/jongeren in grote mate afhankelijk zijn van het systeem waarin ze zich bevinden, is betrokkenheid van dat systeem van belang. Het systeem betreft in de meeste gevallen de ouders, maar kan ook bestaan uit andere familieleden, een voogd of hulpverlener(s). Ten behoeve van de leesbaarheid spreken we in dit hoofdstuk enkel van 'ouders' en 'het gezin,' waarbij ouders kan verwijzen naar opvoeders, voogd(en), hulpverleners, andere familieleden etc. en het gezin kan verwijzen naar elk systeem waarin de jongere zich bevindt. In het huidige literatuuroverzicht beschrijven we in deze categorie interventies die primair gericht zijn op ouders/het gezin in plaats van op de jongere zelf. Interventies die zich zowel op de ouders als op de jongere richten worden opgenomen indien tenminste vijftig procent van het programma gericht is op de ouders of het gezin. Programma's waarin de oudercomponent slechts een klein onderdeel vormt (bijv. een CGT-programma met acht modules gericht op de jongere en een enkele oudermodule), worden elders beschreven.

De meeste ouderprogramma's zijn gebaseerd op CGT, en bestaan uit acht tot twaalf wekelijkse groepsmodules. Programma's richten zich op voorlichting van ouders/gezinnen over depressieve stoornissen bij kinderen/jongeren, bewustwording van ouders/gezinnen over de impact van depressie op het gezinsleven, herkenning van stress en emoties binnen het gezin, bevordering van onderlinge steun en begrip, en/of verbetering van opvoedvaardigheden van ouders. Een aantal ouderprogramma's richt zich daarnaast specifiek op stemmingsstoornissen bij ouders. Immers, juist kinderen van ouders met psychische problemen hebben een hoog risico op het ontwikkelen van een depressieve stoornis. Dergelijke interventies bevatten naast de hierboven beschreven elementen ook psychoeducatie over depressieve stoornissen bij

volwassenen en intergenerationele transmissie, en/of helpen kinderen/jongeren omgaan met de depressie van hun ouders.

Yap concludeert in een recent overzichtsartikel dat interventies primair gericht op ouders en/of gezinnen mogelijk een klein positief effect hebben ter preventie van depressieve stoornissen bij kinderen en jongeren tot achttien jaar.²⁴ Echter, het door hem gevonden effect was net niet significant. Bovendien includeerden de meeste studies kinderen tot twaalf jaar. Yap identificeerde slechts vijf artikelen waarin jongeren van twaalf jaar of ouder werden geïncludeerd. Geen van deze vijf studies, met deelnemers in de leeftijd van acht tot vijftien jaar, had in de meta-analyse een positief effect.⁸⁵⁻⁸⁹ Wij identificeerden daarnaast drie studies die buiten de scope van het bovengenoemde overzichtsartikel vielen maar binnen de scope van onze literatuurreview, en één interventie die momenteel in de Nederlandse praktijk wordt toegepast. In Australië werden twee varianten van een volledig online ouderprogramma onderzocht (Partners in Parenting, of PiP). Het programma werd universeel aangeboden aan ouders van middelbare scholieren van twaalf tot vijftien jaar. PiP start met een zelfevaluatie betreffende opvoedvaardigheden en voorziet ouders van gepersonaliseerde feedback en praktische tips. De eerste variant eindigt na afloop van deze feedback. In de tweede variant krijgen ouders vervolgens negen korte online modules aangeboden waarin ze op interactieve wijze leren over het vormgeven van een positieve relatie met hun zoon/dochter, gezond gedrag, het stellen van regels, omgaan met problemen, etc. De interventie richt zich niet direct op de jongere zelf. Voor beide varianten van het programma werd in onderzoek geen effect gevonden op zelfgerapporteerde depressieve symptomen van jongeren.^{90,91}

De laatste twee programma's die we identificeerden, werden niet universeel aangeboden maar selectief aan kinderen van ouders met psychische problemen. Het eerste programma bestaat uit acht groepsessies en vier boostersessies waarin ouders en kinderen deels samen en deels gescheiden van elkaar deelnemen, en bevat de elementen als hierboven beschreven. Onderzoek onder kinderen en jongeren van negen tot vijftien jaar liet een positief effect zien van de interventie op depressieklachten dat tot een jaar na aanvang van de studie aanhield.⁹² Het tweede programma is het Nederlandse [KopOpOuders](#), dat door het Trimbos Instituut is ontwikkeld en door het Nederlands Jeugdinstituut wordt erkend als 'goed onderbouwd.'⁹³ KopOpOuders is een interventie voor ouders met psychische of verslavingsproblemen, die kan worden gevolgd als anonieme online groepscursus (acht bijeenkomsten) of als individuele online zelfhulpinterventie (vijf modules plus drie individuele contactmomenten met een getrainde preventiemedewerker). Aan bod komen onderwerpen als 'goed genoeg' ouderschap, communiceren met kinderen, de ontwikkeling van kinderen, grenzen stellen, en het gebruik van het netwerk. Door het vergroten van de opvoedcompetentie van ouders moet het psychosociaal welbevinden van hun kinderen verbeteren. De effectiviteit van KopOpOuders wordt beschreven in twee pilot studies. In een

pilotstudie onder achtenveertig kinderen van nul tot eenentwintig jaar maar met een gemiddelde leeftijd van zeven jaar werd gevonden dat de anonieme groeps cursus een positief effect had op gedragsproblemen en hyperactiviteit, maar niet op emotionele problemen van het kind.⁹⁴ De tweede pilotstudie betrof de online zelfhulpinterventie en vond wel een positief effect op emotionele problemen van het kind, echter de leeftijd van deze kinderen is onbekend.⁹⁵

We concluderen dat er onvoldoende bewijs is dat CGT-interventies gericht op ouders en/of gezinnen een preventief effect hebben op de ontwikkeling van depressieve symptomen of stoornissen onder jongeren. Het meeste onderzoek is gericht op ouders van kinderen tot twaalf jaar oud, en jongeren ouder dan vijftien jaar oud werden nooit onderzocht. Het is zeer aannemelijk dat de effectiviteit van interventies primair gericht op ouders/gezinnen afneemt naarmate de leeftijd en zelfstandigheid van de jongere toeneemt. Inderdaad vinden studies naar de effectiviteit van interventies gericht op ouders van jongeren van twaalf tot vijftien jaar oud geen universeel preventief effect. Mogelijk is er een positief effect onder kinderen van ouders met een psychische stoornis of verslaving. Meer onderzoek is nodig om een dergelijk selectief preventief effect te bevestigen.

5.3.1.4 Andersoortige interventies

Zowel in de wetenschappelijke literatuur als in de Nederlandse praktijk worden een aantal interventies gevonden die niet vallen onder psychologische interventies, leefstijlinterventies of ouder/gezinsinterventies. Het is van belang op te merken dat deze interventies in veel gevallen slechts een enkele keer zijn onderzocht of toegepast.

Gepersonaliseerde feedback

Geisner en collega's onderzochten het effect van gepersonaliseerde feedback - een zeer kortdurende interventie die normaliter wordt ingezet ter preventie van problematisch middelengebruik - op beginnende depressieve klachten onder studenten. Studenten die hoog scoorden op een depressievragenlijst werden gerandomiseerd toegewezen aan de interventie- of controlegroep. De interventiegroep ontving één week na afname van de vragenlijst een gepersonaliseerde brief met daarin een empathische reactie, geruststellende informatie over de prevalentie van depressie onder studenten, en een brochure met copingstrategieën. De controlegroep werd in een korte brief bedankt voor hun deelname. Bij nameting, een maand na ontvangst van de brief, rapporteerden studenten in de interventiegroep gemiddeld minder depressieve symptomen dan studenten in de controlegroep. Er vond geen lange-termijn nameting plaats.⁹⁶

Online peer-to-peer support

Online peer-to-peer support is mogelijk van toegevoegde waarde ter preventie van psychische problemen onder jongeren.⁹⁷ Twee studies onderzochten het effect van enkel peer-to-peer support op depressieve klachten onder studenten zonder klinische diagnose. De eerste, een RCT met slechts dertien deelnemers per onderzoeksgroep, vond geen effect van peer-to-peer support op symptomen van depressie.⁹⁸ De tweede studie kon doordat minder dan tien procent van de deelnemers de tweede depressiemeting invulde geen uitspraken doen over de effectiviteit van peer-to-peer support.⁹⁹

Zelfmonitoring

Bij zelf-monitoring worden deelnemers begeleid bij het observeren en begrijpen van hun eigen emoties en symptomen. Zelfmonitoring, bijvoorbeeld met behulp van een mobiele applicatie, is vaak een eerste stap voor patiënten die beginnen aan een CGT-behandeling voor depressie. Mogelijkerwijs kan zelfmonitoring alleen (i.e. niet als opstap naar of in combinatie met CGT) ook bijdragen aan de preventie van depressieve stoornissen onder jongeren. Kauer en collega's onderzochten het beloop van milde depressieve klachten onder jongeren van veertien tot vierentwintig jaar. Met een mobiele app werd de helft van de jongeren gedurende twee tot vier weken vier maal per dag gevraagd hun stemming te rapporteren, terwijl de andere helft vier maal per dag rapporteerde wat ze aan het doen waren. Kauer vond dat zelfmonitoring van stemming een positief effect had op het verminderen van depressieve klachten, en dat het effect gemedieerd werd door een verbeterd emotioneel zelfbewustzijn.¹⁰⁰

ePREP

De ePREP interventie richt zich op het optimaliseren van de liefdesrelatie om zo het risico op een depressieve stoornis te verkleinen. De ePREP interventie is gebaseerd op het Prevention and Relationship Enhancement program (PREP) en bestaat uit zeven online modules waarin vaardigheden worden aangeleerd betreffende effectieve communicatie, het oplossen van (relatie)problemen en het verbeteren van de kwaliteit van de relatie. In een studie onder Amerikaanse college studenten werd gevonden dat ePREP effectief is ter preventie van depressieve klachten in die groep.¹⁰¹ De ePREP interventie is enkel geschikt voor jongeren die zich in een relatief stabiele liefdesrelatie bevinden, en is niet in Nederland toegepast.

5.3.2 Problematisch middelengebruik

Het onderscheid tussen universele en geïndiceerde interventies ter preventie van problematisch middelengebruik bij jongeren, als ook het onderscheid tussen preventieve en curatieve interventies, behoeft een definitie van ‘problematisch middelengebruik’. De Nederlandse context dient daarbij in acht te worden genomen. In Nederland is het gebruik van alcohol en softdrugs door minderjarigen niet verboden. Bovendien wordt gematigd gebruik van middelen bij volwassenen doorgaans niet als problematisch gezien, en wordt incidenteel gebruik door minderjarigen in sommige lagen van de samenleving geaccepteerd. Daartegenover staan recente aanscherpingen van de wet- en regelgeving (sinds 2014 is de verkoop van alcohol aan minderjarigen strafbaar, net als het gebruik van alcohol door minderjarigen in de openbare ruimte), intensieve overheidscampagnes om middelengebruik onder minderjarigen te ontmoedigen (bijv. NIX18), en een dalende prevalentie van middelengebruik onder scholieren wat duidt op normverschuiving.¹⁰²

In het kader van de huidige verkenning definiëren wij problematisch middelengebruik als volgt: a) voldoen aan diagnostische criteria voor verslaving, afhankelijkheid, of andere stoornis van middelengebruik; b) voor alcohol: zwaar of binge-drinken (meer dan vier eenheden per keer voor vrouwen of meer dan vijf eenheden per keer voor mannen) of overmatig drinken (meer dan veertien eenheden per week voor vrouwen of meer dan eenentwintig eenheden per week voor mannen); c) gebruik van illegale middelen; of d) middelengebruik waardoor de gebruiker evident negatieve gevolgen ondervindt (bijv. schooluitval, lever- of hersenschade, of een strafblad). Preventieve interventies definiëren wij als interventies gericht op het voorkomen van problematisch middelengebruik in groepen die op het moment van interventie voldoen aan één van de bovenstaande criteria.

Interventies gericht op het voorkomen van problematisch middelengebruik onder jongeren vallen uiteen in drie categorieën. De eerste categorie betreft universele en relatief langdurende gedragsinterventies. Deze interventies richten zich op jongere adolescenten, en bevatten psycho-educatie over de gevaren van middelengebruik, sociale weerbaarheidstraining, en elementen uit de cognitieve gedragstherapie. Vijf overzichtsartikelen dienden als startpunt voor de inventarisatie van dergelijke interventies.^{103–107} De tweede categorie betreft kortdurende interventies gericht op het verstrekken van gepersonaliseerde normatieve feedback over middelengebruik en/of het motiveren van de jongere tot gedragsverandering. Deze interventies zijn veelal geïndiceerd en richten zich op oudere jongeren die reeds middelen gebruiken maar niet op problematisch niveau. Voor de inventarisatie van dergelijke interventies is gebruik gemaakt van vijf systematische overzichtsartikelen, waarvan vier specifiek gericht op de preventie van problematisch alcoholgebruik,^{108–111} en één gericht op alle middelen.¹¹² De derde

categorie betreft we interventies gericht op ouders en/of het systeem waarin de jongere zich bevindt, veelal inclusief de jongere zelf. Dergelijke interventies werden beschreven in twee recente overzichtsartikelen.^{113,114} Tot slot beschrijven we onder ‘andersoortige interventies’ alle interventies die passen binnen geen van bovenstaande categorieën.

5.3.2.1 Langdurende psychologische interventies

De meeste langdurende gedragsinterventies ter preventie van problematisch middelengebruik richten zich op kinderen van elf tot vijftien jaar en worden klassikaal aangeboden op school. De programma's beslaan meerdere lesuren verspreid over een of twee schooljaren. De interventies bevatten vaak meerdere onderdelen. Tijdens educatieve onderdelen leren scholieren over de effecten en risico's van - en de wetgeving betreffende - het gebruik van middelen (alcohol, drugs en roken). Tijdens onderdelen gericht op interpersoonlijke vaardigheden oefenen leerlingen met weerbaarheid en het oplossen van conflicten. Daarnaast leren scholieren strategieën om beter om te gaan met groepsdruk, en worden CGT technieken ingezet om scholieren te leren over de relatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag. Hoewel de interventies meestal klassikaal (dus universeel) worden aangeboden, zijn een aantal interventies ook geschikt voor selectieve of geïndiceerde preventie van problematisch middelengebruik. Andere programma's bieden aanvullende selectieve of geïndiceerde modules voor jongeren die reeds gebruiken of daarop een hoog risico lopen.

Bevindingen over de effectiviteit van langdurende universele preventieprogramma zijn wisselend, zelfs in meta-analyses. Foxcroft concludeert in 2011 dat sommige programma's een positief effect laten zien en anderen niet, zonder aan te kunnen geven waarin deze twee groepen interventies van elkaar verschillen.¹⁰⁷ Een meta-analyse van programma's met een weerbaarheids component vond geen effect van preventieve interventie op alcoholgebruik of roken, maar wel op het gebruik van illegale middelen.¹⁰³ Een overzichtsartikel dat enkel keek naar interventies ter preventie van illegale middelen vond dat interventies die zich richten op het ontwikkelen van vaardigheden een positief effect hadden op het gebruik van cannabis en harddrugs. Interventies die zich enkel richten op omgaan met emoties hadden dit effect niet.¹⁰⁵

Veel langdurige interventies ter preventie van problematisch middelengebruik vinden hun oorsprong in de Verenigde Staten, en zijn ook (met name) daar onderzocht. Het is van belang op te merken dat de Amerikaanse wetgeving en cultuur betreffende middelengebruik deels afwijkt van de Nederlandse. Mogelijk is daarom ook de effectiviteit van deze interventies in de Nederlandse context anders dan in de Amerikaanse. Daarnaast verschillen de interventies binnen deze categorie sterk van elkaar, wat een algeheel oordeel over de effectiviteit van dit type interventie onzeker maakt.¹⁰⁶ Beter is om de effectiviteit van elke interventie apart te beschrijven.

In de volgende paragrafen beschrijven wij een selectie van universele langdurende interventies ter preventie van problematisch middelengebruik onder jongeren, en hun evidentie. Programma's die slechts een enkele keer zijn onderzocht, worden niet beschreven, net als programma's die enkel onder niet-westerse jongeren zijn onderzocht. Interventies die in Nederland zijn ontwikkeld, onderzocht of erkend worden altijd beschreven.

Life Skills Training

Life Skills Training (LST) werd reeds in de jaren tachtig ontwikkeld in de Verenigde Staten. LST is in de loop der jaren steeds aangepast en uitgebreid. Inmiddels is de training in meerdere talen vertaald, en zijn er modules beschikbaar voor kinderen op de basisschool tot en met de laatste jaren van de middelbare school. In de meeste gevallen wordt de training aangeboden aan kinderen van elf tot veertien jaar. Afhankelijk van de doelgroep bestaat de training uit tien tot dertig wekelijkse lessen van ongeveer een uur die door een docent of een getrainde facilitator op school worden verzorgd. De training omvat onderdelen gericht op middelengebruik (bijv. informatieverstrekking over alcohol- en drugs gebruik onder jongeren, educatie over de effecten van drugs en alcohol, en voorlichting over de gevolgen en gevaren van middelengebruik), onderdelen gericht op sociale beïnvloeding, groepsdruk en zelfregulatie vaardigheden (bijv. refusal skills, beslissingen nemen, gebruik van sociale media), en onderdelen gericht op de ontwikkeling van competenties (bijv. zelfbewustzijn, problemen oplossen, omgaan met heftige emoties en stress).

Meerdere onderzoeken in de Verenigde Staten, waarin scholen gerandomiseerd werden toegewezen aan LST of een controleconditie, hebben een positief effect laten zien van LST.¹⁰⁶ De toename in het gebruik van alcohol en cannabis, die veel Amerikaanse jongeren tussen hun twaalfde en achttiende levensjaar doormaken, was minder sterk onder jongeren die het LST programma gevolgd hadden (bijv. ^{115,116}). Hoewel LST meer dan dertig jaar geleden werd ontwikkeld, en zowel regelgeving als normatief gedrag betreffende middelengebruik onderhevig zijn aan veranderingen over tijd, werd LST ook relatief recent nog succesvol toegepast (bijv. ¹¹⁷). Bovendien werd ook onder Duitse en Italiaanse jongeren een klein positief effect gevonden van LST op alcoholgebruik,^{118,119} wat erop wijst dat de interventie mogelijk ook in de huidige Nederlandse situatie zou kunnen bijdragen aan de preventie van alcoholmisbruik. Drie kanttekeningen zijn daarbij van belang. Ten eerste is LST zoals hierboven beschreven niet onderzocht in de Nederlandse context. Ten tweede vond een aantal studies geen effect van LST, waaronder een relatief recente studie onder Spaanse scholieren.¹²⁰ Ten derde vonden de meeste studies een positief effect op slechts een deel van de uitkomstmaten (bijv. wel op roken, maar niet op drinken¹²¹), waarbij een duidelijk patroon ontbreekt.

In de Verenigde Staten werd op basis van LST een groot aantal universele klassikale preventieprogramma's ontwikkeld en onderzocht, die we hier kort benoemen en/of beschrijven. Keepin' it R.E.A.L., Take Charge of Your Life, Project ALERT, Narconon, Project Towards No Drugs, en Too Good For Drugs zijn korter van duur (8 tot 12 lessen verspreid over een tot drie maanden) maar inhoudelijk vergelijkbaar aan LST. Keepin' it R.E.A.L. werd ontwikkeld speciaal voor (Mexicaans-Amerikaanse, Afrikaans-Amerikaanse en Europees-Amerikaanse) jongeren in het zuidwesten van de Verenigde Staten en wordt door de Amerikaanse overheid erkend als model-programma. In Keepin' it R.E.A.L. wordt relatief veel aandacht besteed aan zogenaamde 'drug refusal skills'.¹²²⁻¹²⁴ Project ALERT (Adolescent Learning Experiences Resistance Training) werd veelvuldig onderzocht en kent een plus-module voor hoog-risico jongeren. Recente onderzoeken laten echter vaker niet¹²⁵⁻¹²⁸ dan wel¹²⁹ een preventief effect zien. Ook de effectiviteit van Project Toward No Drugs,¹³⁰ dat gericht is op oudere jongeren en jongvolwassenen, wordt betwist.^{131,132} Uitkomsten van onderzoek naar het Take Charge Of Your Life programma lieten zelfs een negatief interventie-effect zien: vier jaar na de interventie rookten en dronken jongeren die aan het Take Charge Of Your Life programma hadden deelgenomen meer dan jongeren in de controleconditie.¹³³ Tot slot identificeerden we twee in de Verenigde Staten ontwikkelde LST-interventies die niet aan school gebonden waren. Project CHOICE vindt plaats tijdens naschoolse uren en op vrijwillige basis, en richt zich met name op alcoholgebruik.¹³⁴ RealTeen is een online interventie voor adolescente meisjes die via Facebook wordt aangeboden.¹³⁵ We concluderen dat het originele LST programma effectief is gebleken als universele preventieve interventie in Amerikaanse en Europese settings. De effectiviteit van kortere varianten van het programma is onduidelijk.

Noot: in Nederland is het lesprogramma '[Levensvaardigheden](#)' beschikbaar voor leerlingen in het tweede en derde leerjaar in alle typen voortgezet onderwijs.¹³⁶ Dit lesprogramma is gericht op het aanleren van sociale-, emotionele en morele kerncompetenties die jongeren in staat stellen om effectief om te gaan met de sociale, emotionele en morele eisen en uitdagingen. Levensvaardigheden wordt door het Nederlands Jeugdinstituut erkend als 'effectief volgens eerste aanwijzingen'. Dit programma richt zich echter niet op alcohol- en drugsgebruik (het programma bevat enkel een facultatieve module alcohol- en drugsgebruik), en de effectiviteit van het programma ter preventie van problematisch middelengebruik is niet onderzocht.^{137,138}

Unplugged

Het "Unplugged" programma is een in Europa ontwikkelde variant op het LST programma, gericht op Europese middelbare scholieren van twaalf tot veertien jaar oud. Het programma bestaat uit twaalf wekelijkse klassikale lessen die uiteenvallen in drie blokken. Het

eerste blok (les een tot en met vier) heeft als doel de kennis van scholieren over roken, alcohol en drugsgebruik te vergroten. Tijdens het tweede blok (les vijf tot en met acht) wordt aandacht besteed aan sociale normen rondom alcohol- en drugsgebruik, kritisch denken, effectieve communicatie en zelfbewustzijn. Het laatste blok (les negen tot en met twaalf) richt zich op het versterken van interpersoonlijke vaardigheden en assertiviteit, en daagt scholieren uit te oefenen met nee-zeggen, doelen stellen, beslissingen nemen en problemen oplossen. Docenten in het middelbaar onderwijs kunnen het programma uitvoeren na een driedaagse training. Optioneel kan een oudermodule en peer-groep ondersteuning aan het programma worden toegevoegd. Unplugged onderscheidt zich van LST door de kortere duur van het programma en doordat het is ontwikkeld in Europese context.

Tussen 2004 en 2005 werd Unplugged aangeboden aan 3,547 middelbare scholieren van 78 middelbare scholen in zeven Europese landen (België, Duitsland, Griekenland, Italië, Oostenrijk, Spanje en Zweden), en werd een zelfde aantal scholieren/scholen toegewezen aan de controleconditie. Vigna-Taglianti beschrijft een overzicht van alle uitkomsten.¹³⁹ Achttien maanden na de start van het Unplugged programma bevatten de interventie- en controlegroep evenveel drinkers en evenveel regelmatige drinkers, maar de interventiegroep bevatte wel minder jongeren die in de dertig dagen voorafgaand aan de meting dronken waren geweest en minder cannabisgebruikers. Voor jongeren die voorafgaand aan de interventie nog geen of heel weinig alcohol dronken, verminderde Unplugged het risico dat ze achttien maanden later regelmatig of veel alcohol dronken.¹⁴⁰ Voor jongeren die in de dertig dagen voorafgaand aan de start van de interventie niet dronken waren geweest, verhoogde Unplugged de kans dat ze ook in de dertig dagen voorafgaand aan de vervolgmeting (achttien maanden later) niet dronken waren geweest (87.3% vs. 85%). Tegelijkertijd gingen jongeren in de controlegroep vaker meer drinken en minder vaak minder drinken dan jongeren in de interventiegroep. Hetzelfde gold voor het gebruik van cannabis.¹⁴¹ Unplugged werd ook op kleinere schaal getest in Tsjechië, waar positieve effecten werden gevonden op cannabisgebruik in de dertig dagen voorafgaand aan de meting, maar niet op dronkenschap in de dertig dagen voorafgaand aan de meting, regelmatig cannabisgebruik of drugsgebruik in het algemeen.¹⁴² We concluderen dat Unplugged effectief bijdraagt aan de preventie van problematisch middelengebruik in de Europese context.

Drug Education in Victorian Schools

Het Drug Education in Victorian Schools programma werd ontwikkeld in Australië om de negatieve gevolgen van middelengebruik (bij zichzelf of anderen) te minimaliseren. Tijdens achttien interactieve lessen, verspreid over twee schooljaren, worden jongeren van twaalf tot veertien jaar voorzien van praktische kennis, kritisch denkvermogen, en

communicatievaardigheden. Er wordt geoefend met strategieën om alcohol-gerelateerde ongelukken en conflicten te voorkomen. De relatie tussen middelengebruik en mentale gezondheid, geweld, antisociaal gedrag en kwetsbaarheid voor seksueel geweld wordt besproken. Ook krijgen de scholieren huiswerkopdrachten waarvoor ze met hun ouders in gesprek gaan over middelengebruik. In het eerste jaar ligt de nadruk van het programma op alcoholgebruik, omdat alcohol onder jongeren de meeste schade berokkent, en in mindere mate op cannabis en roken. In het tweede jaar komen ook andere middelen (bijv. amfetamine, ecstasy, heroïne) aan bod. Docenten kunnen het programma na een tweedaagse training aanbieden.

Tussen 2010 en 2014 namen 1,746 scholieren van eenentwintig Australische scholen deel aan wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van het Drug Education in Victorian Schools programma. Twee derde van de leerlingen ontving de interventie, terwijl een derde van de leerlingen werd toegewezen aan de controleconditie. Eenentwintig maanden na de start van het programma lieten de controle- en interventiegroep een even grote stijging zien in het percentage drinkers (jongeren die in de twaalf maanden voorafgaand aan de meting tenminste een alcoholische drank hadden gedronken) en in het percentage hoog-risico drinkers (jongeren die regelmatig meer dan vijf eenheden achter elkaar dronken). De hoeveelheid alcohol die gedronken werd verschilde echter wel per groep, met een sterkere toename in de controlegroep. Onder drinkers in de interventiegroep nam het aantal glazen alcohol toe van 31 naar 64 per jaar, terwijl het aantal glazen in de controlegroep toenam van 21 naar 103 per jaar. Een vergelijkbaar effect werd gezien onder hoog-risico drinkers. Ook ervoeren de jongeren in de interventiegroep minder negatieve gevolgen van alcoholgebruik (bijv. kater, geheugenverlies, verbaal of fysiek geweld, problemen met ouders, school of justitie) dan jongeren in de controlegroep.¹⁴³ We concluderen dat Drug Education in Victorian Schools effectief is ter preventie van problematisch drinkgedrag.

All Stars Core/Plus

Het All Stars Core programma voor scholieren van elf tot veertien jaar werd aan het einde van de jaren negentig ontwikkeld in de Verenigde Staten. Het programma bestaat uit elf klassikale lessen waarin getracht wordt de motivatie om middelen te gebruiken te verminderen en factoren die jongeren beschermen tegen middelengebruik (en ander probleemgedrag) te versterken. All Stars Core richt zich op erkenning dat middelengebruik een positieve levensstijl in de weg staat, correctie van gedachten over normatief middelengebruik onder leeftijdsgenoten, versterking van persoonlijke motivatie om geen middelen te gebruiken, en versterking van de band tussen de jongere, de school en de ouders. All Stars Plus is een uitbreiding van het All Stars Core programma. All Stars Plus bestaat uit All Stars Core plus elf sessies gericht op het stellen

van doelen, weerbaarheid tegen drugs, en beslisvaardigheden. Met de toevoeging van deze modules lijkt All Stars Plus zowel inhoudelijk als wat betreft vorm/duur zeer sterk op LST.

In een gerandomiseerde studie werd geen effect gevonden van All Stars Core op middelengebruik.¹⁴⁴ In later onderzoek waarin All Stars Plus vergeleken werd met All Stars Core en met een controleconditie, werd gevonden dat scholieren die een All Stars programma aangeboden kregen, maar niet scholieren in een controleconditie, minder gingen drinken en minder vaak dronken werden. Het effect was iets sterker voor All Stars Plus dan voor All Stars Core. Voor het gebruik van cannabis of inhaleermiddelen werd geen effect gevonden.¹⁴⁵

Preventure

Het Preventure programma werd eerder beschreven in het kader van de preventie van stemmingsstoornissen, maar werd ontwikkeld ter preventie van alcoholmisbruik onder middelbare scholieren. Preventure is een selectief preventieprogramma, gericht op scholieren die hoog scoren op één van vier persoonlijkheidsprofielen die het risico op problematisch alcoholgebruik verhogen (negatief denken, angstgevoeligheid, impulsiviteit en sensatie zoeken). Preventure biedt vier gerichte interventies passend bij de vier persoonlijkheidsprofielen. Het programma bestaat uit twee groepsbijeenkomsten van negentig minuten gebaseerd op cognitieve gedragstherapie. Tijdens de eerste bijeenkomst worden jongeren voorgelicht over de kwetsbaarheden in hun persoonlijkheid en bijbehorende risico's, wordt het CGT-model uitgelegd en reflecteren de jongeren op hun eigen gedragingen, gedachten en lichamelijke ervaringen. In de tweede sessie worden deelnemers uitgenodigd niet-helpende gedachten te identificeren die leiden tot probleemgedrag, en meer helpende alternatieve gedachten te onderzoeken.

De effectiviteit van het Preventure programma ter preventie van problematisch middelengebruik onder middelbare scholieren is in verschillende gerandomiseerde studies onderzocht.⁵⁵ In Canada werd gevonden dat Preventure onder scholieren met een hoog-risico persoonlijkheidsprofiel de kans op binge-drinken en probleemdrinken verlaagde.¹⁴⁶ In het Verenigd Koninkrijk liet de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep een afname zien in zowel de frequentie waarmee middelen gebruikt werden, als het aantal middelen dat gebruikt werd.¹⁴⁷ Onder Nederlandse scholieren van dertien tot zestien jaar werd echter geen effect gevonden van Preventure op het percentage drinkers, binge-drinkers of probleemdrinkers.¹⁴⁸ We concluderen dat er geen aanwijzingen zijn dat Preventure in de Nederlandse context effectief is.

Climate Schools

Recent werd in Australië het [Climate Schools](#) programma. Climate Schools biedt via een online platform verschillende modules aan gericht op jongeren van dertien tot en met zestien jaar. Vier van deze modules (alcohol, alcohol en cannabis, psychostimulantia en cannabis, en ecstasy en designerdrugs) zijn gericht op de preventie van problematisch middelengebruik. Docenten kunnen de modules klassikaal aanbieden. Modules bestaan uit vier tot twaalf lessen van veertig minuten die over een periode van zes maanden worden aangeboden. Elke les begint met een korte cartoon waarin het verhaal wordt verteld van een jongere die in aanraking komt met middelen. Het tweede deel van de les wordt begeleid door de docent, en bestaat uit een activiteit gerelateerd aan de informatie uit de cartoon. Tijdens de sessies wordt aan de studenten informatie verstrekt over de gevolgen en gevaren van middelengebruik, en worden strategieën geïntroduceerd om negatieve gevolgen van middelengebruik te voorkomen.

In een gerandomiseerd onderzoek volgden 728 leerlingen de alcohol- en cannabisgebruik module tegenover 568 leerlingen in de controlegroep. Zes maanden na het begin van de studie dronken jongeren in de interventiegroep minder alcohol dan jongeren in de controlegroep. Ook gebruikten jongeren in de interventiegroep na zes maanden minder vaak cannabis dan kinderen in de controlegroep. Het percentage kinderen dat excessief dronk verschilde niet tussen de groepen, net als het aantal kinderen dat negatieve gevolgen ondervond van alcohol- of cannabisgebruik.¹⁴⁹ Vergelijkbare resultaten werden gevonden na twaalf maanden¹⁵⁰ en in een replicatiestudie.¹⁵¹ In vergelijkbaar onderzoek werd het effect van de Climate Schools alcohol-module (zes lessen) vergeleken met het effect van een regulier alcohol-programma onder Australische jongens en meisjes van dertien tot veertien jaar. Voor meisjes, maar niet voor jongens, resulteerde Climate Schools in minder alcoholconsumptie, minder excessief drinken en minder negatieve gevolgen van alcoholgebruik na zes en na twaalf maanden.¹⁵² Zeer recent werd Climate Schools vergeleken met Preventure (hierboven beschreven). Kinderen in alle interventiegroepen (Climate Schools, Preventure, en Climate Schools+Preventure) dronken na afloop van de interventie minder alcohol, minder vaak excessief en ervoeren minder negatieve gevolgen van alcohol dan kinderen in de controlegroep. Tussen de interventies werd geen verschil gevonden.¹⁵³ We concluderen dat de Climate Schools modules ‘alcohol’ en ‘alcohol en cannabis’ effectief zijn ter preventie van problematisch middelengebruik onder jongeren. De effectiviteit van de Climate Schools modules ‘psychostimulantia en cannabis’ en ‘ecstasy en designerdrugs’ is niet bekend.

5.3.2.2 Kortdurende psychologische interventies

Waar de meeste langdurende psychologische interventies gericht zijn op vroege adolescenten, zijn kortdurende psychologische interventies ter preventie van problematisch

middelengebruik meestal gericht op jongeren vanaf zestien jaar, studenten en jongvolwassenen. De meeste interventies bestaan uit een of twee korte individuele bijeenkomsten, die zijn gestoeld op motiverende gespreksvoering (MG) en/of gepersonaliseerde normatieve feedback (PNF). Tijdens MG-interventies worden communicatietechnieken ingezet met als doel een gedragsverandering (in dit geval: geen of minder gebruik van middelen) te bewerkstelligen. De redenen van de jongere om middelen te gebruiken worden in kaart gebracht, alsook de positieve en negatieve gevolgen van middelengebruik. Vervolgens wordt de motivatie van de jongere tot gedragsverandering onderzocht en waar mogelijk versterkt. Bij PNF-interventies krijgt de jongere op basis van een korte vragenlijst gepersonaliseerde feedback op zijn/haar middelengebruik in relatie tot dat van leeftijdsgenoten. De meeste jongeren, studenten en jongvolwassenen denken dat leeftijdsgenoten meer en vaker middelen gebruiken dan deze in werkelijkheid doen. Het verstrekken van correcte informatie over normatief gebruik van middelen kan ertoe leiden dat jongeren minder druk ervaren om zelf middelen te gebruiken. PNF-interventies kunnen deels of volledig online en geautomatiseerd worden aangeboden.

Relatief weinig studies interventies zijn gebaseerd op enkel motiverende gespreksvoering, zonder daarbij ook gepersonaliseerde feedback te verschaffen, en andersom. Bovendien is het in de praktijk ingewikkeld (maar niet onmogelijk) om een jongere te motiveren tot gedragsverandering zonder daarbij enige feedback te verstrekken over zijn/haar eigen gedrag. Sessies gebaseerd op motiverende gespreksvoering zijn immers niet geprotocolleerd,¹⁵⁴ en een van de uitgangspunten van motiverende gespreksvoering is aan te sluiten bij de ervaringen en beleving van de jongere. Andersom is het in de praktijk moeilijk (maar niet onmogelijk) om face-to-face normatieve informatie te verstrekken zonder de jongere te motiveren tot gedragsverandering. Het is daarom aannemelijk dat tenminste sommige deelnemers in onderzoek naar standalone gepersonaliseerde feedback, met name wanneer deze face-to-face werd aangeboden, ook zijn blootgesteld aan enige vorm van motiverende gespreksvoering. Vice versa is het aannemelijk dat tenminste sommige deelnemers in onderzoek naar standalone motiverende gespreksvoering ook zijn blootgesteld aan enige vorm van gepersonaliseerde feedback.

MG- en PNF-interventies ter preventie van problematisch middelengebruik kunnen universeel (aan alle jongeren), selectief (aan jongeren met een verhoogd risico op problematisch middelengebruik) of geïndiceerd (aan jongeren die reeds middelen gebruiken of hebben gebruikt, maar niet voldoen aan de criteria voor een problematisch middelengebruik) worden ingezet. Omdat veel jongeren van zestien jaar of ouder in de laatste categorie vallen, met name wanneer het alcoholgebruik betreft, is het verschil tussen universeel en geïndiceerd aanbieden van MG- en PNF-interventies in de praktijk klein. In het huidige literatuuroverzicht beschrijven we aldus onderzoeken die zijn uitgevoerd onder hoog-risico groepen waarvan naar alle waarschijnlijkheid een deel reeds aan de criteria voor problematisch middelengebruik voldoet (bijv. studenten die

lid zijn van studentenverenigingen). Onderzoeken die zich echter expliciet richten op problematische gebruikers binnen zulke groepen (bijv. studenten die de campus alcohol-regels hebben overtreden, jongeren die met een hoog alcoholpromillage op de eerste hulp belanden) worden hier niet beschreven.

Recent analyseerden Foxcroft en collega's in twee systematische overzichtsaankelen de effectiviteit van motiverende gespreksvoering¹⁰⁸ en gepersonaliseerde normatieve feedback¹⁰⁹ ter preventie van alcoholmisbruik onder jongeren, studenten en jongvolwassenen. Vier maanden post-interventie dronken jongeren die waren blootgesteld aan een MG- of PNF-interventie significant minder, minder vaak, en hadden ze minder alcohol-gerelateerde problemen dan jongeren in de controlegroep. Toch concluderen de onderzoekers dat het preventieve effect van beide interventies te klein is om in de praktijk een verschil te maken. Zo dronken jongeren in de controlegroep 13.7 eenheden per week, tegenover 12.5 eenheden in de MG-groep en 12.8 eenheden in de PNF-groep. De frequentie van drinken ging omlaag van 2.7 dagen per week in de controlegroep naar 2.5 dagen per week in de beide interventiegroepen. Andere onderzoekers postuleren echter op basis van dezelfde gegevens dat het kleine preventieve effect van MI- en PNF-interventies op alcoholgebruik onder jongeren vanuit het oogpunt van de publieke gezondheid wel degelijk relevant kan zijn.^{110,111}

Een enkele overzichtsstudie evalueerde het effect van kortdurende gedragsinterventies ter preventie van het gebruik van cannabis. De auteurs includeerden enkel interventies aangeboden aan middelbare scholieren. Gevonden werd dat een kortdurende gedragsinterventie mogelijk leidt tot minder gebruik, misbruik en afhankelijkheid van cannabis. Het aantal studies was echter zeer beperkt, en de kwaliteit van de studies was laag.¹¹² Een uitgebreide en systematische meta-analyse naar de effectiviteit van kortdurende gedragsinterventies op cannabisgebruik onder jongeren, studenten en jongvolwassenen wordt op dit moment uitgevoerd.¹⁵⁵

In de volgende paragrafen beschrijven wij een selectie van kortdurende psychologische interventies ter preventie van problematisch middelengebruik onder jongeren gebaseerd op enkel ('standalone') motiverende gespreksvoering, standalone gepersonaliseerde normatieve feedback, en gebaseerd op een combinatie van beide technieken. Waar motiverende gespreksvoering meestal individueel en in persoon wordt aangeboden, kan gepersonaliseerde normatieve feedback zowel individueel als in groepsverband, en zowel online of face-to-face worden aangeboden. Waar mogelijk worden programma's die zeer sterk op elkaar lijken gegroepeerd. Programma's die enkel onder niet-westerse jongeren zijn onderzocht worden niet beschreven, net studies van mindere kwaliteit (bijv. klein aantal deelnemers, onjuiste statistische analyse, hoog risico op bias). Interventies die in Nederland zijn ontwikkeld, onderzocht of erkend worden altijd beschreven.

Standalone MG

Relatief weinig interventies zijn gebaseerd op enkel motiverende gespreksvoering, zonder daarbij ook gepersonaliseerde feedback te verschaffen. De meeste interventies gebaseerd op enkel motiverende gespreksvoering bestaan uit een enkele individuele face-to-face sessie van twintig tot zestig minuten. De belangrijkste elementen van motiverende gespreksvoering zijn a) empathisch luisteren, b) deelnemers helpen de discrepantie te zien tussen hun middelengebruik en hun langetermijn doelen, c) zelfmotiverende uitspraken ontlokken, d) open vragen stellen, en e) alternatieven bespreken die kunnen helpen bij de gedragsverandering. In vertrouwelijke sfeer bespreekt een getrainde therapeut met de jongere zijn/haar huidige gedrag, problemen die door het gedrag ontstaan, ambivalentie rondom middelengebruik, de mogelijkheid te veranderen en maken ze zo mogelijk samen een plan om verandering in te zetten.

In een groep vrouwelijke eerstejaars studenten werd gevonden dat een eenmalige sessie van motiverende gespreksvoering resulteerde in minder alcoholgebruik na drie maanden. Uitkomsten op langere termijn werden niet gemeten.¹⁵⁶ Een studie onder Zwitserse jonge mannen van negentien jaar oud onderzocht het effect van motiverende gespreksvoering op het gebruik van sigaretten, alcohol en cannabis. Alleen op het percentage cannabisgebruikers in de zes maanden voorafgaand aan de vervolgmeting werd een positief effect gevonden, maar niet op het percentage risico-gebruikers of het aantal dagen dat cannabis werd gebruikt, noch op uitkomstmaten betreffende roken of drinken. Het toevoegen van een boostersessie na drie maanden had geen effect.¹⁵⁷ In een studie met vergelijkbaar design werd in het Verenigd Koninkrijk ook geen interventie effect gevonden onder college studenten van zestien tot negentien jaar oud die regelmatig cannabis gebruikten.¹⁵⁴ Ook een aanpassing waardoor de interventie klassikaal aangeboden kon worden tijdens een interactieve les resulteerde niet in positieve effecten.¹⁵⁸ We concluderen dat er onvoldoende bewijs is dat een enkele sessie gebaseerd op motiverende gespreksvoering, zonder daarbij gepersonaliseerde feedback te verschaffen, effectief is ter preventie van problematisch middelengebruik onder jongeren of studenten.

Standalone PNF (online, individueel)

UnitCheck werd ontwikkeld in het Verenigd Koninkrijk ter preventie van problematisch alcoholgebruik onder studenten. UnitCheck is volledig online en geautomatiseerd. De student vult een vragenlijst in met betrekking tot zijn/haar alcoholgebruik. Naar aanleiding van zijn/haar antwoorden ontvangt de student per email een gepersonaliseerd rapport waarin op drie

onderdelen feedback wordt gegeven. In de eerste sectie berekent UnitCheck het aantal standaardeenheden (units) dat de student per week consumeert en het daarbij behorende gezondheidsrisico ('binnen de richtlijnen', 'risicovol', of 'schadelijk'), en wordt er een advies gegeven voor toekomstig drinkgedrag ('minder drinken' of 'blijf binnen de normen'). Voor het aantal alcoholvrije dagen per week en binge-drinken wordt op dezelfde manier feedback en advies gegeven. In de tweede sectie wordt informatie verstrekt over het drinkgedrag van de student ten opzichte van dat van zijn/haar leeftijdsgenoten (bijv. "71% van de studenten van jouw leeftijd drinkt minder dan jij"), en worden negatieve gevolgen van alcohol getoond die studenten met een zelfde niveau van inname rapporteren. De derde sectie van het feedbackrapport bevat algemene adviezen over hoe standaardeenheden berekend kunnen worden, de negatieve gezondheidseffecten van alcoholgebruik en welke richtlijnen gelden in het Verenigd Koninkrijk. Verschillende andere geautomatiseerde interventies van online standalone normatieve feedback die sterk lijken op UnitCheck zijn beschikbaar. Voor Amerikaanse en Canadese studenten is standalone gepersonaliseerde normatieve feedback op alcohol- en cannabisgebruik gratis beschikbaar via de website van [Check Your Drinking](#). De Electronic Check-Up To Go (e-CHUG), en Tertiary Health Research Intervention Via Email (THRIVE) zijn vergelijkbare interventies, echter deze moeten door universiteiten worden aangekocht.

Gerandomiseerd onderzoek onder 1,478 studenten liet een positief effect zien van UnitCheck op alcoholgebruik. Het aantal standaardeenheden per week nam door de interventie af van 18.5 naar 14.2 voor mannelijke studenten en van 12.4 naar 9.5 voor vrouwelijke studenten. Onder mannelijke en vrouwelijke studenten die de UnitCheck website drie keer bezochten nam het aantal standaardeenheden zelfs af naar 8.7 respectievelijk 5.9 per week. Omdat er naast het interventie-effect ook een effect van deelname werd gevonden (i.e. studenten die de studie afmaakten, gingen minder drinken, ook wanneer ze aan de controleconditie werden toegewezen), concluderen de onderzoekers dat zelfmonitoring van alcoholinname naast gepersonaliseerde feedback bijdraagt aan het positieve effect van UnitCheck.^{159,160}

Vier grote en kwalitatief goede studies naar de effectiviteit van standalone gepersonaliseerde normatieve feedback (vergelijkbaar met UnitCheck) werden uitgevoerd onder studenten uit respectievelijk Zweden,¹⁶¹ het Verenigd Koninkrijk,¹⁶² Zwitserland,¹⁶³ en Nieuw-Zeeland.¹⁶⁴ Omdat de interventie in alle gevallen vrijblijvend werd aangeboden, maakte een groot deel van de studenten hun deelname niet af. Hierdoor wordt de kans op een significant interventie-effect aanzienlijk verkleind. Geen van de onderzoeken vond een positief effect van gepersonaliseerde normatieve feedback in de gehele deelnemerspopulatie (studenten die de hun deelname afmaakten en studenten die dat niet deden). De Zweedse studie vond een klein positief effect onder studenten die het onderzoek wel afmaakten,¹⁶¹ terwijl onder Engelse en Nieuw-Zeelandse studenten die het onderzoek afmaakten geen effect werd gevonden.^{162,164} De Zwitserse

studie includeerde enkel jonge mannen die aan het begin van de studie niet meer dronken dan de richtlijnen voorschrijven. Er werd een positief effect gevonden van de interventie op drinkgedrag na een maand, maar het effect hield niet aan na zes maanden.¹⁶³ We concluderen dat standalone gepersonaliseerde normatieve feedback met betrekking tot alcoholinname (bijv. UnitCheck, Check Your Drinking) mogelijk een positief effect heeft ter preventie van problematisch drinkgedrag onder een deel van de studenten. Dit deel van de studenten (i.e. zij die deelnamen aan alle onderdelen van het onderzoek) wordt mogelijk gekenmerkt door een verhoogde motivatie om te veranderen, en/of minder excessief drinkgedrag bij aanvang van de studie.

In Nederland werd de effectiviteit van de brede online standalone gepersonaliseerde feedback-interventie EHealth4Uth onderzocht. Zeventienhonderd middelbare scholieren in de derde en vierde klas vulden op school een online vragenlijst in over hun eigen gezondheidsgedrag waaronder middelengebruik. Twee derde van de leerlingen ontving gepersonaliseerde normatieve feedback inclusief links naar websites met meer informatie. De overige leerlingen vormden de controlegroep. Vier maanden later werd het gezondheidsgedrag van de leerlingen opnieuw in kaart gebracht. Er werd geen verschil gevonden tussen de groepen wat betreft binge-drinken, dronkenschap of gebruik van andere middelen.¹⁶⁵

Standalone PNF (face-to-face, in groepsverband)

Standalone gepersonaliseerde normatieve feedback kan ook worden aangeboden in groepsverband, bijvoorbeeld tijdens een klassikale les of lezing. The Good Life is een Deense interventie voor middelbare scholieren van dertien tot zeventien jaar oud. Alle scholieren nemen deel aan een survey betreffende middelengebruik. Tijdens een klassikale les, aangeboden door gezondheidsmedewerkers, worden de resultaten van de survey besproken. Daarnaast worden posters met specifieke feedback statements (bijv. “acht van de tien leerlingen op deze school is nog nooit dronken geweest”) verspreid op school.¹⁶⁶ Een gerandomiseerde studie onderzocht het effect van The Good Life op achtendertig scholen (achttien interventie-scholen en twintig controle-scholen). Hoewel The Good Life leidde tot een meer correcte perceptie van alcoholgebruik onder medeleerlingen, resulteerde de interventie niet in minder risicovol drinkgedrag.¹⁶⁷ Een studie onder eerstejaars studenten die normatieve informatie kregen aangeboden in de vorm van een college vond vergelijkbare resultaten.¹⁶⁸ We concluderen dat er geen aanwijzingen zijn dat groepsgewijs aangeboden normatieve feedback effectief is ter preventie van problematisch middelengebruik onder jongeren.

MG + PNF (individueel, face-to-face)

De Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS) is gebaseerd op zowel motiverende gespreksvoering als gepersonaliseerde normatieve feedback.¹⁶⁹ BASICS onderscheidt zich van andere programma's omdat het individueel en face-to-face wordt aangeboden. BASICS bestaat uit twee individuele gesprekken van vijftig tot zestig minuten. BASICS kan door gezondheidsprofessionals of door getrainde medestudenten worden aangeboden. Tijdens de eerste sessie wordt het drinkgedrag van de student, zijn/haar redenen om te drinken en houding ten opzichte van alcoholgebruik in kaart gebracht. Tijdens de tweede sessie krijgt de student gepersonaliseerde normatieve feedback, informatie over de gezondheidseffecten van zijn/haar drinkgedrag, en (zo nodig) adviezen om alcoholgebruik te verminderen. In sommige gevallen worden de beide sessies geïntegreerd (bijv. ¹⁷⁰) BASICS is door de Substance Abuse and Mental Health Services aangemerkt als model programma.

Een recente review analyseerde de effectiviteit van verschillende campus-based interventies ter preventie van alcoholmisbruik.¹⁷¹ De effectiviteit van BASICS werd verreweg het vaakst onderzocht, meestal in vergelijking met een passieve controleconditie. Wanneer de resultaten van alle onderzoek naar BASICS samen werden genomen, bleek de BASICS interventie effectief in het verminderen van de frequentie en hoeveelheid alcoholgebruik tot zes maanden na afloop van de interventie). Op langere termijn zijn positieve effecten gevonden op alcohol-gerelateerde problemen maar niet op kwantiteit of frequentie van alcoholgebruik zelf (bijv. ¹⁷⁰). Het effect van BASICS is mogelijk groter onder studenten die bij aanvang van de studie worden aangemerkt als hoog-risico drinkers (bijv. ¹⁷²), maar BASICS kan ook voorkomen dat studenten beginnen met drinken of dat drinkgedrag escaleert. Het betrekken van de ouders van de student kan bijdragen aan een verhoogde effectiviteit van het BASICS programma.¹⁷³ We concluderen dat BASICS als individuele face-to-face interventie effectief is ter preventie van alcoholmisbruik onder studenten.

Niet alleen alcoholmisbruik, maar ook problematisch gebruik van cannabis wordt met behulp van face-to-face gepersonaliseerde normatieve feedback tegengegaan. Aan het begin van de eenentwintigste eeuw werd in de Verenigde Staten de Teen Marijuana Check-Up ontwikkeld: een face-to-face interventie voor adolescenten van veertien tot negentien jaar die op regelmatige basis cannabis gebruiken.¹⁷⁴ De interventie bestaat uit twee face-to-face sessies van dertig tot zestig minuten met een 'health educator,' waarin gebruik wordt gemaakt van zowel gepersonaliseerde feedback als motiverende gespreksvoering. De jongere ontvangt feedback ten aanzien van de frequentie en hoeveelheid van zijn/haar cannabisgebruik ten opzichte van dat van leeftijdsgenoten, positieve en negatieve aspecten van cannabisgebruik, en problemen als gevolg van het gebruik van cannabis. Ook het gebruik van andere middelen (alcohol, drugs) wordt besproken, alsook het sociale netwerk van de jongere, zijn/haar doelen, nee-zeggen en ambivalentie ten opzichte van middelengebruik. Als de jongere aangeeft minder cannabis te

willen gebruiken, wordt samen met de jongere gekeken naar helpende strategieën, het stellen van doelen, en het identificeren van triggers voor gebruik.

In de Verenigde Staten bleek de interventie effectief in het verminderen van cannabisgebruik tot drie maanden na afloop van de interventie, maar leek het behandel-effect niet toe te schrijven aan de normatieve feedback of motiverende gespreksvoering.^{174,175} In Australië werden in een pilot studie aanwijzingen gevonden voor effectiviteit.¹⁷⁶ De Teen Marijuana Check-Up is in Nederland beschikbaar als de Wiet-Check. De Wiet-Check werd ontwikkeld door het Trimbos Instituut en wordt door het Nederlandse Jeugdinstituut erkend als ‘effectief volgens eerste aanwijzingen.’¹⁷⁷ Dit oordeel is gebaseerd op de uitkomsten van de Australische pilotstudie. Uit recent Nederlands onderzoek bleek echter dat de Wiet-Check niet resulteerde in een significante vermindering van de kwantiteit of frequentie van cannabisgebruik. Wel werden aanwijzingen gevonden dat de interventie mogelijk effectiever is voor zwaardere gebruikers.¹⁷⁸ De Nederlandse Wiet-Check is ook beschikbaar als zelfgestuurde [online interventie](#).

Tot slot beschrijven we een gecombineerde interventie die werd onderzocht onder 125 Nederlandse scholieren binnen het middelbaar beroeps- en praktijkonderwijs. Tijdens een individueel gesprek van maximaal dertig minuten met een getrainde gespreksleider werd aan studenten van vijftien tot vijfentwintig jaar gepersonaliseerde feedback gegeven over hun alcohol- en drugsgebruik, en werden ze met behulp van motiverende gespreksvoering aangemoedigd tot gezond gedrag. Ook kregen de deelnemers vijf informatieve folders over de biologische en cognitieve effecten van verschillende middelen, waarop tevens werd verwezen naar professionele instanties. Er werd geen significant effect gevonden van de interventie op middelengebruik.¹⁷⁹

We concluderen dat interventies die gepersonaliseerde normatieve feedback en motiverende gespreksvoering combineren mogelijk effectief zijn ter preventie van problematisch alcohol- en/of cannabisgebruik, maar dat twee onderzoeken in de Nederlandse context geen positieve effecten hebben laten zien.

MG + PNG (individueel, online)

De komst van het internet maakt het mogelijk grote groepen jongeren, studenten en jongvolwassenen tegelijk te bereiken, wat heeft geleid tot de ontwikkeling van veel online interventies ter preventie van problematisch middelengebruik. In deze sectie beschrijven we twee online interventies die motiverende gespreksvoering en gepersonaliseerde normatieve feedback combineren. Een interventie (AlcoholEdu) is gericht op studenten, en de ander is gericht op

middelbare scholieren (WISEteen). Vergelijkbare interventies (bijv. My Student Body, M-PASS, AlcoholWISE, Your Decision Counts) worden hier niet apart beschreven.

[AlcoholEdu for College](#) is een interactieve online cursus die op verschillende Amerikaanse universiteiten al dan niet verplicht wordt aangeboden als onderdeel van het curriculum van eerstejaars studenten. De cursus neemt twee tot drie uur in beslag, en bevat zowel motiverende elementen als gepersonaliseerde normatieve feedback. Voor aanvang van de cursus maakt de student een inventarisatie van zijn/haar alcoholgebruik. Vervolgens worden met behulp van korte filmpjes standardeenheden, richtlijnen voor verantwoord alcoholgebruik, en de geldende alcohol-gerelateerde wetgeving toegelicht. Daarna wordt informatie verstrekt over normatief drinkgedrag, de effecten van alcohol op lichaam en geest, en alcoholconcentratie in het bloed. Tot slot worden de doelen van de student op het gebied van gezondheid, academische prestaties en sociale contacten in kaart gebracht, wordt de student aangemoedigd strategieën te bedenken om deze doelen te bereiken, en worden alcohol-gerelateerde problemen geïnventariseerd die deze doelen in de weg kunnen staan. De cursus wordt afgesloten met een examen, waarop de student om te slagen tenminste vijftig procent van de antwoorden correct moet invullen. Een aantal onderdelen van de cursus, waaronder normatieve informatie over alcoholgebruik, worden geautomatiseerd aangepast aan het niveau van drinken dat de student voor aanvang van de cursus rapporteert.

Een onderzoek naar de effectiviteit van AlcoholEdu onder eerstejaars studenten liet een positief interventie-effect zien.¹⁸⁰ Daartegenover staan twee grootschalige studies die geen effect vonden. In de zomer van 2006 namen alle aanstaande eerstejaars studenten van de Amerikaanse Cornell University deel aan gerandomiseerd onderzoek naar de effectiviteit van AlcoholEdu. De helft van de studenten werd verplicht voor aanvang van het collegejaar de online AlcoholEdu cursus te voltooien, terwijl de andere helft enkel de vragenlijsten invulde. Een maand na de start van het collegejaar vulden alle studenten de vragenlijsten opnieuw in. Tijdens de eerste maand van het collegejaar namen het percentage drinkers en de ingenomen hoeveelheid alcohol in de AlcoholEdu groep even sterk toe als in de controlegroep.¹⁸¹ Een tweede studie onderzocht het effect van deelname aan de AlcoholEdu cursus onder eerstejaars studenten van dertig universiteiten. Van de universiteiten die de AlcoholEdu cursus aanbood stelde een deel de cursus verplicht, waardoor het percentage studenten dat per universiteit aan de cursus deelnam varieerde van vier tot honderd procent. De onderzoekers vonden dat direct na afloop van de AlcoholEdu cursus de frequentie van binge-dinken verlaagd was in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep. Het percentage binge-drinkers was echter gelijk tussen de groepen, net als de totale hoeveelheid alcohol die geconsumeerd werd. Bovendien werd het positieve effect in het voorjaar, ongeveer zes maanden na afloop van de cursus, niet meer waargenomen.¹⁸² In kwalitatieve interviews rapporteerden deelnemers aan de AlcoholEdu cursus bovendien zelf dat

ze videofragmenten niet bekeken, door segmenten heen klikten enkel om het einde van de cursus te bereiken, en dat ze het geleerde niet in praktijk brachten.¹⁸³ Net als voor UnitCheck werd er ook voor AlcoholEdu wel een klein positief interventie-effect waargenomen onder studenten die de cursus volledig afmaakten.¹⁸² We concluderen dat er onvoldoende bewijs is voor de effectiviteit van AlcoholEdu ter preventie van alcoholmisbruik in de algehele populatie van studenten. Mogelijk heeft de interventie een klein positief effect op studenten die gemotiveerd zijn de cursus af te ronden.

WISEteen werd recent ontwikkeld voor Europese scholieren van zestien tot achttien jaar oud. Het interactieve programma bestaat uit zes componenten, waarvan de eerste drie enkel betrekking hebben alcohol en de laatste drie op alcohol plus andere middelen: (1) feedback op het drinkgedrag van de scholier en informatie over de bijbehorende gezondheidsrisico's, (2) normatieve feedback op basis van leeftijds- en seksegenoten met behulp van grafische weergave (3) feedback over alcoholpromillage in het bloed en bijbehorende risico's (bijv. verkeersongelukken, onvrijwillige seks) tijdens het drinken dat de student rapporteert, (4) een korte samenvatting van de resultaten, en aandacht voor persoonlijke doelen, kwaliteiten, en motivatie om te veranderen, (5) afweging van de kosten en baten van het huidige middelengebruik, de mogelijke winst die behaald kan worden door minder te gebruiken en de risico's die ontstaan door meer te gebruiken, en (6) het identificeren van persoonlijke hoog-risico situaties betreffende alcohol of drugsgebruik (bijv. groepsdruk), en het bedenken van strategieën om in dergelijke situaties toe te passen. Onderzoek onder ruim veertienhonderd studenten uit vijf Europese landen toonde aan dat de WISEteen interventie resulteerde in minder alcoholgebruik, maar niet in minder binge-drinken of minder gebruik van andere middelen.¹⁸⁴ In afwachting van replicatie concluderen we dat WISEteen mogelijk effectief is ter preventie van alcoholgebruik onder Europese scholieren.

5.3.2.3 Interventies gericht op ouders/gezinnen

Örebro Prevention Programma (ÖPP)

Het Örebro Prevention Programma (ÖPP), recent omgedoopt tot Effekt, is een universeel preventief programma dat zich richt op ouders van kinderen van elf tot dertien jaar oud. Het programma bestaat uit zes ouderbijeenkomsten (in de herfst en lente van drie achtereenvolgende schooljaren). Na elke bijeenkomst ontvangen de ouders een samenvatting per email, en tweemaal per jaar ontvangen de ouders een nieuwsbrief. Het doel van zowel de bijeenkomsten als de nieuwsbrieven is het kennisniveau van ouders te vergroten, bewustzijn creëren rondom alcoholgerelateerde vraagstukken van hun kinderen, en het verbeteren van opvoedvaardigheden. Die

kernboodschappen worden in alle bijeenkomsten en materialen herhaald: 1) praat met je kunt (in algemene zin, maar ook over alcohol); 2) bied je kind geen alcohol aan; en 3) communiceer duidelijk dat je kind geen of weinig alcohol mag drinken. Ouders worden daarnaast aangemoedigd om samen met andere ouders tot afspraken te komen die de ontwikkeling van de kinderen ten goede komen, inclusief afspraken over drinken. Dergelijke afspraken worden in de samenvatting van de bijeenkomst met alle ouders gedeeld.

ÖPP is tot op heden geëvalueerd in Zweden, Estland en Nederland, met wisselende resultaten. In eerste instantie werd het programma door haar Zweedse ontwikkelaars effectief bevonden: jongeren wiens ouders aan ÖPP werden blootgesteld werden minder vaak dronken, en gingen op latere leeftijd regelmatig drinken dan jongeren wiens ouders niet aan ÖPP waren blootgesteld¹⁸⁵ In een grotere replicatiestudie van dezelfde groep werden deze positieve effecten echter niet gevonden.¹⁸⁶ Ook in Estland werd het programma niet effectief bevonden.¹⁸⁷ In Nederland werd het ÖPP programma ingekort tot twee bijeenkomsten in een schooljaar (een informatiebijeenkomst en een bijeenkomst om tot consensus te komen over regels betreffende alcoholgebruik). Alleen wanneer naast het programma voor ouders ook een preventief programma werd aangeboden aan de kinderen, resulteerde de interventie erin dat de leeftijd waarop kinderen begonnen zwaar te drinken werd uitgesteld. Wanneer slechts een van de twee programma's werd aangeboden, had de interventie geen effect.¹⁸⁸⁻¹⁹⁰ We concluderen dat ÖPP niet effectief is ter preventie van problematisch middelengebruik onder jongeren.

Strengthening Families Program

Het Strengthening Families Program (SFP; voluit: Iowa Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10–14) werd in 1996 ontwikkeld in de Verenigde Staten. SFP is een psychologische gezinsinterventie die zich richt op factoren in de gezinssituatie die het risico op problematisch middelengebruik vergroten. Het programma bestaat uit zeven sessies voor kinderen van tien tot veertien jaar en hun ouders. Het eerste uur van elke sessie wordt aan ouders en kinderen apart aangeboden. Ouders leren over opvoedvaardigheden, het stellen van grenzen en communiceren met tieners, terwijl de jongeren leren over pro sociaal gedrag en nee zeggen tegen middelengebruik. In het tweede uur van elke sessie komen ouders en kinderen bij elkaar om met de geleerde vaardigheden te oefenen. Boostersessies voor ouders en kinderen zijn beschikbaar. Een programma dat zowel inhoudelijk als qua uitvoering sterk lijkt op SFP is het Preparing for the Drug Free Years programma. Preparing for the Drug Free Years werd door dezelfde onderzoeksgroep en in dezelfde periode ontwikkeld, en is gestoeld op dezelfde principes. Uit onderzoek is gebleken dat de effectiviteit van beide programma's vergelijkbaar is (bijv. ¹⁹¹)

SFP werd reeds in de vorige eeuw ontwikkeld, en werd destijds en in de Amerikaanse context zowel op korte als lange termijn effectief bevonden ter preventie van misbruik van alcohol en andere middelen (bijv. ^{116,191}), hoewel er ook in de Amerikaanse context negatieve resultaten gevonden zijn (bijv. ¹⁹²). Recenter werd het programma in drie Europese landen toegepast. In Zweden werd het SFP programma samen met de vier boostersessies aangeboden op tien middelbare scholen. Voor jongeren (twaalf jaar oud bij aanvang van de studie) was het programma onderdeel van het verplichte curriculum - voor ouders was deelname vrijwillig. Voor 47% van de jongeren was tenminste een ouder aanwezig. In de drie jaar die volgden op het programma had SFP geen effect op het percentage leerlingen dat ooit of in de laatste dertig dagen dronken was geweest, noch op het gebruik van illegale middelen.¹⁹³ Onder Duitse scholieren uit lage sociaaleconomische milieus werden vergelijkbare resultaten gevonden voor drinkgedrag en cannabisgebruik,¹⁹⁴ hoewel er aanwijzingen werden gevonden dat het programma mogelijk beschermend werkt voor jongeren met probleemgedrag.¹⁹⁵ Ook in Polen, tot slot, werden geen aanwijzingen gevonden dat het Strengthening Families Program effectief is ter preventie van alcoholgebruik, dronkenschap of binge-drinken.¹⁹⁶

Haggerty en collega's pasten het SFP programma aan voor tieners van veertien tot vijftien jaar oud. Het aangepaste programma, Parents Who Care, bestaat naast zeven sessies voor tieners en hun ouders ook uit een werkboek waarin ouders en kinderen samen opdrachten maken. Harrington onderzocht of Parents Who Care ertoe leidde dat de jongeren niet of later begonnen met het gebruik van middelen of seks. Dertig procent van de deelnemende jongeren rapporteerde voorafgaand aan de studie ooit middelen te hebben gebruikt of seks te hebben gehad. In de twee jaar na de interventie liep dat percentage in de interventiegroep en de controlegroep evenzeer op, wat erop duidt dat de interventie niet effectief is.¹⁹⁷ Op twintigjarige leeftijd werd echter wel een positief effect gevonden van de interventie, dat deels gemedieerd werd door stress binnen het gezin.¹⁹⁸

Family Check-Up

De Family Check Up (FCU) is een in de Verenigde Staten ontwikkelde kortdurende gezinsinterventie gericht op het ondersteunen van gezinnen bij de opvoeding. FCU is een geïndiceerde interventie voor gezinnen waarin problemen spelen (bijv. middelengebruik van de ouder of probleemgedrag van de jongere), gebaseerd op het model van de Drinker's Check-Up en Teen Marijuana Check-Up (eerder beschreven). FCU bestaat uit een huisbezoek waarin het gezin wordt geïnterviewd over problemen waar ze thuis en op school tegenaan lopen, en een observatie van interacties tussen gezinsleden. Soms vindt een tweede assessment sessie plaats. In de derde en laatste bijeenkomst wordt feedback gegeven over het functioneren van het gezin,

en wordt het gezin zo nodig wordt doorverwezen naar hulpverlenende instanties. In Nederland wordt de FCU ondersteund door het Trimbos Instituut.

Het effect van FCU op problematisch middelengebruik is meerdere keren onderzocht - met name door onderzoekers die betrokken waren bij de ontwikkeling van de interventie. In een vroeg onderzoek werd FCU universeel aangeboden aan ouders van alle eerstejaars leerlingen van drie middelbare scholen. Ten opzichte van een controlegroep die de interventie niet kreeg aangeboden, steeg het gebruik van middelen onder deelnemers aan FCU tijdens de middelbare schooltijd minder en minder snel, wat duidt op een positief interventie effect.¹⁹⁹ Mogelijk werd dit effect gemedieerd door verbetering van de zelfregulatievaardigheden van de jongeren die deelnamen aan het programma.^{200,201} De positieve effecten van FCU op alcoholgebruik werden gerepliceerd in een tweede studie.²⁰² Recent onderzocht dezelfde onderzoeksgroep de effectiviteit van FCU als selectieve interventie. Hoog-risico jongeren werden door docenten geïdentificeerd. De helft van deze jongeren en hun ouders kregen FCU aangeboden. Cannabisgebruik nam tijdens de middelbare schooltijd minder snel toe onder jongeren die FCU aangeboden kregen (inclusief de jongeren wiens ouders niet op het aanbod ingingen) ten opzichte van hoog-risico jongeren die geen FCU aangeboden kregen. Deelname aan FCU voorspelde bovendien minder alcohol- en cannabisgebruik op latere leeftijd. Van de jongeren die FCU aangeboden kregen maar er geen gebruik van hadden gemaakt, vertoonde op drieëntwintigjarige leeftijd vijftien procent tekenen van alcoholmisbruik of verslaving, tegenover zeventig procent van de jongeren die wel aan FCU hadden deelgenomen. Voor cannabisgebruik of verslaving lagen deze percentages op respectievelijk vierentachtig en achtenvijftig procent.²⁰³ We concluderen dat FCU effectief is als universele en selectieve interventie ter preventie van problematisch middelengebruik.

Resilient Families

Het Resilient Families programma is een tweejarig universeel preventieprogramma voor Australische middelbare scholieren van twaalf tot veertien jaar oud en hun ouders. Het programma heeft als doel het welzijn en de gezondheid van jongeren te bevorderen door het ondersteunen van positieve gezinsrelaties. Voor scholieren worden in het reguliere curriculum lessen opgenomen over sociale en gezinsrelaties, problemen oplossen, conflicthantering, omgaan met regels en verantwoordelijkheden in het gezin, communicatie, groepsdruk en nee-zeggen, en emotionele weerbaarheid. Voor ouders bestaat het programma uit a) een voorlichtingsbijeenkomst waarin ze leren over de gezondheid van kinderen en jongeren en onderwerpen die jongeren bezighouden (alcohol, drugs, groepsdruk, verwachtingen, conflicten); b) acht groepssessies waarin het programma 'Parenting Adolescents: A Creative Experience' wordt aangeboden. Tijdens de bijeenkomsten komen verschillende onderwerpen aan bod,

inclusief actief luisteren, assertiviteit, conflicten oplossen, weerbaarheid, drugs en alcohol; c) een handboek met opvoedstrategieën; en d) een platform voor ouders waarin ze elkaar actief kunnen ondersteunen in het stellen van regels rondom alcohol- en drugsgebruik.

In onderzoek op ruim tweeduizend Australische middelbare scholieren en hun ouders, werd na een jaar geen effect gevonden van de interventie op alcoholgebruik van de jongeren.²⁰⁴ Op langere termijn (tot drie jaar) werden echter wel effecten gevonden. Op scholen waar de Resilient Families interventie werd aangeboden, steeg het percentage drinkende jongeren, het percentage regelmatig drinkende jongeren en het percentage zwaar drinkende jongeren minder snel dan op scholen waar het programma niet werd aangeboden.²⁰⁵

Smart Choices 4 Teens

Smart Choices for Teens onderscheidt zich van eerder genoemde programma's omdat het volledig online wordt aangeboden. Het programma is ontwikkeld voor gezinnen met tieners van zestien tot zeventien jaar oud en richt zich achtereenvolgens op drie onderwerpen: communicatie tussen ouders en tieners, alcoholgebruik van de tiener, en romantische relaties van de tiener. Ouders en tieners doorlopen onafhankelijk van elkaar een reeks online activiteiten en oefeningen passend bij elk thema. Elke thema wordt afgesloten met een gezamenlijke offline activiteit waarin ouders en tieners het onderwerp met behulp van een casus (bijv. groepsdruk om te drinken) met elkaar bediscussiëren. Alle deelnemers aan het online programma moeten aangeven dat een thema voldoende behandeld is, voordat het volgende thema kan worden gestart. Zowel na zes als na twaalf maanden werd er een verband gevonden tussen deelname aan het programma en drinkgedrag van jongeren: jongeren die samen met hun ouder(s) meer onderdelen van het programma hadden afgerond, dronken minder, minder vaak, en waren minder vaak dronken dan jongeren die minder onderdelen van het programma hadden afgerond.²⁰⁶

5.3.2.4 Andersoortige interventies

Zowel in de wetenschappelijke literatuur als in de Nederlandse praktijk worden een aantal interventies gevonden die niet vallen onder bovengenoemde categorieën. Het is van belang op te merken dat deze interventies in veel gevallen slechts een enkele keer zijn onderzocht of toegepast.

De Gezonde School en Genotmiddelen / In Charge

Gezonde School is een programma dat scholen helpt om te werken aan een gezonde leefstijl. Een school met het Gezonde School-vignet werkt volgens een stappenplan aan diverse gezondheidsthema's als voeding en lichaamsbeweging. Onderdeel van de Gezonde School campagne is sinds 2019 het programma '[Helder op School](#)', dat wordt aangeboden door het Trimbos Instituut. Helder op School voorziet in verschillende interventies die passen bij de verschillende doelgroepen en ontwikkelingsfasen. Voor leerlingen in het voortgezet onderwijs worden de interventies Frisse Start (werkboekjes, docententraining en ouderavond gericht op leerlingen van de brugklas) en Samen Fris (lesmaterialen, website voor ouders en docententraining gericht op leerlingen van leerjaar 2 of 3) aangeboden. Daarnaast is voor jongeren vanaf zestien jaar op het voortgezet of middelbaar onderwijs het lespakket In Charge beschikbaar. In Charge bestaat uit vier lessen en een applicatie voor de smartphone. Tijdens de lessen denken jongeren na over verleidingen en de risico's van verschillende 'verleiders' als alcohol. Jongeren gaan zelf aan de slag met het trainen van hun eigen zelfcontrolevaardigheden om een zelfgekozen verleiding te leren weerstaan.

Helder op School is de opvolger van het programma 'gezonde school en genotmiddelen'. De gezonde school en genotmiddelen is een interventie gericht op het voorkomen, beperken en verminderen van roken en overmatig alcohol- en drugsgebruik bij jongeren. Het programma bestaat uit vier componenten: 1) informatieve online lessen voor scholieren over alcoholgebruik (leerjaar 1), roken (leerjaar 2) en cannabisgebruik (leerjaar 3); 2) betrokkenheid van ouders; 3) het stellen van heldere regels betreffende middelengebruik; en 4) monitoring van en advisering over middelengebruik onder scholieren. Hoewel dit programma door het Trimbos Instituut werd erkend als 'goed onderbouwd', bleek in 2015 uit een wetenschappelijke studie dat het programma niet effectief was. Voor het onderzoek, uitgevoerd op drieëntwintig scholen in Nederland, werden bijna vierduizend eersteklassers toegewezen aan het Gezonde School programma, aan enkel de e-learning modules, of aan de controleconditie. Na drie jaar werd geen verschil gevonden in middelengebruik (alcohol, binge-drinken, roken of cannabis) tussen de drie groepen.²⁰⁷ De effectiviteit van In Charge is nog niet onderzocht.

Alcohol Alert

Alcohol Alert is een online gepersonaliseerd spel waarin de speler feedback krijgt op zijn/haar drinkgedrag, en gemotiveerd wordt na te denken over de positieve en negatieve gevolgen van zijn/haar drinkgedrag. Het spel werd ontwikkeld door de universiteit van Maastricht. De interventie onderscheidt zich van andere gepersonaliseerde feedback interventies door de spelvorm en doordat er geen normatieve informatie aangeboden wordt met betrekking tot het drinkgedrag van leeftijdsgenoten. Na het invullen van de vragenlijst speelt de deelnemer

drie rondes van het spel ‘What happened?!’ In elke ronde wordt de adolescent wakker zonder zich de gebeurtenissen van de voorgaande avond te herinneren. De speler ontdekt vervolgens dat er iets mis is (bijv. portemonnee kwijt), en moet proberen te ontdekken wat er is gebeurd. De spelsituaties worden aangepast aan het gedrag dat de jongere in de vragenlijst heeft gerapporteerd (bijv. indien de scholier aangeeft het meest te drinken tijdens feestjes, wordt in het eerste scenario een feest nagebootst). De speler ontdekt wat er is gebeurd door te praten met verschillende virtuele personages.

De effectiviteit van Alcohol Alert werd onderzocht onder vijftien- tot negentienjarige scholieren van vierenveertig middelbare scholen. Het spel werd niet tijdens de les gespeeld en deelname was niet verplicht, waardoor een groot aantal leerlingen de interventie niet afmaakte. Naast het spel werden scholieren in de interventiegroep ook gevraagd hun ouder(s) uit te nodigen deel te nemen aan een korte online oudermodule over het stellen van regels en communiceren over alcoholgebruik. Vier maanden later werd het drinkgedrag van de jongeren opnieuw in kaart gebracht. Zowel in de controlegroep als in de interventiegroep was het aantal glazen alcohol per week gestegen, maar de stijging was kleiner in de interventiegroep. Het aantal keer dat de jongeren binge-dronken nam ook toe in de controlegroep, maar niet in de interventiegroep. Positieve effecten waren sterker voor jongeren die meer rondes van het spel hadden gespeeld.²⁰⁸

Project ACTIVE / Project SPORT

Project ACTIVE werd ontwikkeld in de Verenigde Staten en tracht problematisch middelengebruik te voorkomen door gezond gedrag te stimuleren. De jongere vult een vragenlijst in betreffende negen gezonde gedragingen. Middelengebruik is een van deze gedragingen, maar het zwaartepunt van de interventie ligt op sport en bewegen. Tijdens een individueel consult van dertig minuten krijgt de jongere feedback over zijn/haar gezondheidsgedrag en concrete adviezen om fitter te worden. Tijdens het consult worden positieve gevolgen geschetst van gezond gedrag en wordt uitgelegd hoe het gebruik van middelen een positieve toekomst in de weg staat. Na afloop van het consult krijgt de jongere gezondheidsadviezen uitgereikt gekoppeld aan een positief toekomstbeeld (bijv. “oefen elke dag met een ontspanningstechniek als je je wilt ontwikkelen tot een stressvrije en kalme jonge man”), en wordt de jongere aangemoedigd te kiezen aan welk doel hij/zij in de komende week aandacht gaat besteden. De interventie onderscheidt zich van andere gepersonaliseerde feedback interventies door het zwaartepunt te leggen op fitheid en door geen normatieve informatie te verstrekken.

Onderzoek onder Amerikaanse middelbare scholieren van gemiddeld zeventien jaar oud toonde aan dat Project ACTIVE een positief effect had op alcoholgebruik.²⁰⁹ Vergelijkbare resultaten werden gevonden onder jongere scholieren²¹⁰ en onder college studenten.²¹¹ Daarbij

moet worden opgemerkt dat a) de uitkomsten maximaal drie maanden na de interventie werden gemeten - over langere-termijn effecten is niets bekend; b) de onderzoeksgroepen relatief klein waren; en c) alle onderzoeken werden uitgevoerd door de ontwikkelaars van het programma.

Peer Support Program

In Australië werd de effectiviteit van ‘peer support groups’ ter preventie van problematisch middelengebruik onderzocht. Leerlingen van twaalf tot dertien jaar namen deel aan een reeks van tien tot zestien bijeenkomsten van vijfenveertig minuten met zes tot tien leeftijdsgenoten. De groepen werden begeleid door ouderejaars medeleerlingen die daarvoor een speciale training hadden gevolgd. De bijeenkomsten hadden als doel a) een vriendschappelijke sfeer te creëren waarin de leerlingen veilig konden wennen aan de nieuwe schoolomgeving, b) het bieden van een positieve ondersteunende omgeving waarin leerlingen zichzelf kunnen ontplooiën. De sessies waren gericht op het ontwikkelen van sociale en persoonlijke vaardigheden (bijv. communicatie, zelfbewustzijn, zelfvertrouwen, normen en waarden, ontspanning, beslisvaardigheden) door middel van spelletjes, oefeningen en groepsgesprekken. Er werden geen aanwijzingen gevonden dat het peer support programma effectief was ter preventie van middelengebruik.²¹²

5.4 Interpretatie en aanbevelingen

5.4.1 Stemmingsstoornissen

Interventies gericht op het voorkomen van depressieve klachten en stemmingsstoornissen onder jongeren vallen uiteen in drie categorieën: psychologische interventies gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en/of interpersoonlijke therapie, leefstijlinterventies, en interventies gericht op ouders/gezinnen. Psychologische interventies zijn verreweg het best onderzocht, en effectief bevonden wanneer ze geïndiceerd worden aangeboden (i.e. aan jongeren met beginnende depressieve klachten). Op universeel niveau (i.e. aangeboden aan alle jongeren) zijn psychologische interventies niet effectief ter preventie van stemmingsstoornissen onder jongeren. **Tabel 2** toont de effectiviteit van de beschreven interventies ter preventie van depressieve klachten en/of stemmingsstoornissen onder jongeren. Effectieve interventies zijn weergegeven in groen, mogelijk effectieve interventies in geel, en niet-effectieve interventies in oranje. Van de in Nederland aangeboden interventies zijn Op Volle Kracht en MindReSolve effectief gebleken als geïndiceerde preventieve interventie, zijn VRIENDEN en SPARX-R mogelijk effectief, en zijn Een Sprong Vooruit en Preventure-ND niet

effectief gebleken. Voor de effectiviteit van Grip Op Je Dip Online, Happyles en PratenOnline is onvoldoende bewijs, en de effectiviteit van iCare wordt op dit moment onderzocht. Van de niet-Nederlandse programma's zijn het Penn Resiliency Program en IPT-AST bewezen effectief. In de tweede categorie, leefstijlinterventies, zijn interventies gericht op voeding, slaap, sport/bewegen en mindfulness/ontspanning beschreven. Voor de effectiviteit van voedingsinterventies is geen bewijs gevonden. Slaapinterventies hebben mogelijk een preventief effect op stemmingsklachten onder jongeren met slaapproblemen. Mindfulness-based stress reduction (MBSR) interventies lijken positief bij te dragen aan de preventie van depressieve klachten, zowel onder jongeren met lichte klachten als in de gehele populatie jongeren. Voor de effectiviteit van programma's gericht op ouders/het gezin zijn onvoldoende aanwijzingen.

Aanbevelingen

Op Volle Kracht, MindReSolve en MBSR interventies worden aanbevolen als geïndiceerde interventie ter preventie van depressieve klachten en stemmingsstoornissen onder jongeren, studenten en jongvolwassenen. Alle drie deze interventies worden face-to-face en in groepsverband aangeboden, waardoor implementatie op grote schaal relatief kostbaar is. De deels of volledig geautomatiseerde online variant van MindResolve kan uitkomst bieden. iCare, een volledig geautomatiseerd programma dat inhoudelijk vergelijkbaar is aan Op Volle Kracht, wordt momenteel onderzocht onder Nederlandse jongeren en studenten. Online interventies kunnen even effectief zijn als face-to-face interventies, echter alleen wanneer jongeren actief worden gestimuleerd om de interventie te gebruiken, bijv. door de interventie klassikaal en tijdens schooltijd aan te bieden. Universele psychologische interventies, voedingsinterventies, en interventies gericht op ouders/gezinnen worden afgeraden.

Tabel 2. Overzicht effectiviteit beschreven interventies ter preventie van depressieve klachten en stemmingsstoornissen onder jongeren, studenten en jongvolwassenen.

	Universeel	Selectief	Geïndiceerd
Psychologisch	SPARX-R	MoodGYM	Op Volle Kracht (PRP)
	MoodGYM	Preventure-ND	IPT-AST
	Happyles	Een Sprong Vooruit	MindReSolve
			VRIENDEN
			SPARX-R
			CATCH-IT
			CBASP
			Grip op je Dip Online
			iCare
			PratenOnline
			Happyles
Leefstijl	MBSR	Slaaptraining	MBSR
	Gezonde voeding		
	Aerobe/fitness training		
Ouders/gezin	Partners in Parenting	KopOpOuders	

Effectieve interventies zijn weergegeven in groen, mogelijk effectieve interventies in geel, en niet-effectieve interventies in oranje. Witte cellen bevatten interventies die onvoldoende zijn onderzocht. Afkortingen: PRP = Penn Resiliency Program; IPT-AST = Interpersonal Therapy-Adolescent Skills Training; Preventure-ND = Preventure negatief denken; MBSR = Mindfulness-based stressreduction; CBASP = Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy.

5.4.2 Problematisch middelengebruik

Interventies gericht op het voorkomen van problematisch middelengebruik onder jongeren vallen uiteen in drie categorieën: langdurende psychologische interventies (twaalf tot dertig weken) gericht op jongeren van elf tot veertien jaar, kortdurende psychologische interventies (een of twee bijeenkomsten) gericht op jongeren vanaf zestien jaar, en interventies gericht op ouders/gezinnen. **Tabel 3** toont de effectiviteit van de beschreven interventies ter preventie van problematisch middelengebruik onder jongeren. De bekendste en best onderzochte langdurige interventie, het Life Skills Training (LST) programma dat universeel wordt aangeboden, is effectief gebleken in Amerikaanse en Europese studies. De effectiviteit van relatief korte varianten van het programma (ongeveer twaalf sessies) is echter onduidelijk. Het

universele programma Unplugged, een Europees programma gebaseerd op LST, is wel effectief bevonden, net als de alcohol- en cannabis-modules van Climate Schools. De selectieve interventie Preventure werd in Canadees en Engels onderzoek effectief bevonden, maar bleek niet effectief ter preventie van problematisch middelengebruik onder Nederlandse jongeren.

De meeste kortdurende interventies ter preventie van problematisch middelengebruik verschaffen gepersonaliseerde normatieve feedback (PNF), al dan niet in combinatie met motiverende gespreksvoering (MG). Volledig geautomatiseerde online standalone PNF interventies (bijv. UnitCheck, e-CHUG, Check Your Drinking) zijn mogelijk effectief, echter alleen onder jongeren/studenten die de interventie (vrijwillig) afmaken. Standalone PNF in de vorm van een klassikale les of college is niet effectief bevonden, net als standalone MG. Interventies die MG en PNF tijdens individuele face-to-face sessies combineren (BASICS, Wiet-Check) zijn in buitenlandse onderzoeken effectief bevonden, maar lieten in de Nederlandse context geen positieve effecten zien. Wel is de Wiet-Check mogelijk effectief voor zwaardere gebruikers. Online interventies met MG en PNF combineren (AlcoholEDU for college, WISEteen) zijn mogelijk effectief, echter alleen onder jongeren die de interventie (vrijwillig) afmaken.

Interventies gericht op ouders/gezinnen verschillen sterk van elkaar qua vorm, inhoud, en effectiviteit. De universele interventies Örebro Prevention Programme (ÖPP), Resilient Families en Smart Choices 4 Teens werden niet effectief bevonden. Het Strengthening Families Program (SFP), dat zich richt op hoog-risico kinderen en hun ouders, is in de Amerikaanse maar niet in de Europese context effectief gebleken. De Family Check-Up daarentegen werd wel effectief bevonden. Tot slot identificeerden we het Nederlandse spel Alcohol Alert. Initiële resultaten tonen een preventief effect van het spel op binge-drinken onder jongeren. Vervolgonderzoek is nodig om dit effect te bevestigen.

Aanbevelingen

Life Skills Training, het Europese Unplugged en de alcohol- en cannabis-modules van Climate Schools worden aanbevolen als universele interventie ter preventie van problematisch middelengebruik onder jongeren tot zestien jaar. Omdat deze interventies langdurend zijn en (deels) face-to-face worden aangeboden, is implementatie op grote schaal kostbaar. Er zijn echter geen volledig geautomatiseerde alternatieven beschikbaar. Voor selectieve preventie van problematisch middelengebruik onder hoog-risico jongeren tot zestien jaar adviseren we de kortdurende interventie Family Check-Up die door het Trimbos Instituut wordt ondersteund. Voor oudere jongeren, studenten en jongvolwassenen die reeds middelen gebruiken wordt gepersonaliseerde normatieve feedback aangeraden. Het enkel (online) beschikbaar stellen van

een dergelijke interventie leidt echter nauwelijks tot deelname, terwijl juist de jongeren die het programma afmaken baat hebben bij de interventie. We adviseren daarom de gepersonaliseerde normatieve feedback interventie te combineren met een motiverende component, zoals toegepast in BASICS.

Tabel 3. Overzicht effectiviteit beschreven interventies ter preventie van problematisch middelengebruik onder jongeren, studenten en jongvolwassenen. Met toenemende leeftijd stijgt het aantal jongeren dat op middelen gebruikt, en vervaagt het onderscheid tussen universele en geïndiceerde strategieën.

	Universeel	Selectief	Geïndiceerd	
Langdurend	LST-origineel (30 sessies)	Preventure		
	Unplugged			
	Climate Schools A/C			
	LST-kort (12 sessies)			
	All Stars Core			
	All Stars Plus			
	DEVS			
	Kortdurend	BASICS		Wiet-Check
		Standalone PNF (online)		
Wiet-Check				
AlcoholEDU for College				
Standalone PNF (f2f)				
Standalone MG (f2f)				
WISEteen				
Ouders/gezin		Family Check-Up	Family Check-Up	
	ÖPP	SFP		
	Resilient Families			
	Smart Choices 4 Teens			
Anders	Alcohol Alert			

Effectieve interventies zijn weergegeven in groen, mogelijk effectieve interventies in geel, en niet-effectieve interventies in oranje. Afkortingen: LST = Life Skills Training; DEVS = Drug Education in Victorian Schools; Climate Schools A/C = Climate Schools alcohol en cannabis modules; MG = motiverende gespreksvoering; PNF = gepersonaliseerde normatieve feedback; ÖPP = Örebro Prevention Programme; SFP = Strengthening Families Program; f2f = face-to-face.

6. Inventarisatie van ‘best practices’ met betrekking tot implementatie

6.1 Inleiding

Wetenschappelijke onderbouwde en effectieve interventies, zoals beschreven in het eerste deel van dit rapport, vormen de basis van succesvolle grootschalige preventieprogramma's. De implementatie van interventies die effectief zijn gebleken in een onderzoeksetting in de dagelijkse praktijk, echter, brengt nieuwe uitdagingen met zich mee. Omstandigheden die in onderzoekssetting zijn geoptimaliseerd (bijv. intensieve monitoring van de patiënt) zijn in de dagelijkse praktijk niet altijd haalbaar of wenselijk. Is de interventie op te schalen zonder verlies van ‘uptake’ (mate waarin de interventie wordt gebruikt) en ‘fidelity’ (mate waarin de interventie wordt afgemaakt)? Welke stakeholders zijn betrokken? Is er sprake van een duurzaam financieringsmodel? Hoe worden de fidelity, uptake en effecten van de interventie in de dagelijkse praktijk gemonitord? Het succes van een grootschalig preventieprogramma zoals we dat beogen in het noorden van Nederland valt of staat met effectieve implementatie.

In het tweede deel van dit rapport gingen we op zoek naar internationale ‘best practices’ op het gebied van geïntegreerde initiatieven, programma's en strategieën ter preventie van psychische aandoeningen. Welke initiatieven, programma's en strategieën zijn succesvol geïmplementeerd? Welke implementatiestrategieën zijn toegepast, en welke lessen zijn geleerd? Om deze vragen te beantwoorden, stuurden we een enquête naar toonaangevende onderzoekers wereldwijd. Resultaten van de enquête werden aangevuld met voorbeelden uit de Nederlandse praktijk.

6.2 Methode

6.2.1 Doelgroep

Toonaangevende wetenschappers op het gebied van preventie van psychische aandoeningen zijn verenigd in het [Global Consortium on the Prevention of Depression](#). Het consortium richt zich op de ontwikkeling en verspreiding van evidence-based interventies die het ontstaan van depressie kunnen voorkomen. Hoewel het consortium zich primair richt op de preventie van depressie, is het onderzoeksveld van de betrokken wetenschappers breder (bijv.

preventie van suïcide, middelenmisbruik, angst en andere psychische aandoeningen). Bovendien zijn in het consortium naast wetenschappers ook andere belangenbehartigers vertegenwoordigd (bijv. Prevention United, een Australische non-profit organisatie gericht op gezondheidspreventie). Het consortium telt tweeëntachtig leden, van wie er tachtig participeren in een actieve mailinglist. We verstuurden de enquête naar alle leden van de actieve mailinglist.

6.2.2 Enquête

Recent stelden Arango en collega's in een toonaangevend journal zeven aanbevelingen op die kunnen bijdragen aan succesvolle preventie van psychische aandoeningen: 1) vertaal wetenschappelijke evidentie naar public health initiatieven en de klinische praktijk; 2) vergroot besef bij professionals, beleidsmakers en de maatschappij van het belang van preventie psychische aandoeningen; 3) verschuif de klinische praktijk richting vroegdetectie en vroege interventie; 4) bied interventies die gericht zijn op het minimaliseren van de invloed van risicofactoren passend bij verschillende ontwikkelingsfases; 5) stimuleer samenwerking tussen instellingen en sectoren bij het aanbieden van preventieve interventies; 6) stimuleer een gezonde leefstijl, waaronder gezonde voeding en gezond bewegen; 7) stimuleer preventieve interventies op of gerelateerd aan school. Deze zeven aanbevelingen vormden het uitgangspunt voor de enquête.²²⁸

Voor de preventieve strategieën die Arango en collega's aanbevelen (publieksvoorlichting, vroegsignalering, vroege interventie in risicogroepen, educatie aan professionals, en preventie op scholen) stelden we de volgende vragen: a) 'bent u op de hoogte van dergelijke initiatieven in uw praktijk/instituut of daarbuiten?' b) 'beschrijf het initiatief (bijv. doelgroep, welke stakeholders zijn betrokken, financiering); c) 'welke factoren zijn volgens u verantwoordelijk voor het succes (of juist het uitblijven daarvan) van dit initiatief?' Tot slot vroegen we of de beschreven initiatieven onderdeel waren van een 'grootschalige, geïntegreerde, multidisciplinaire en/of gecoördineerde strategie' ter preventie van psychische aandoeningen, en/of de respondent bekend was met dergelijke strategieën. Indien de respondent hierop bevestigend antwoordde, werd hij/zij gevraagd ook deze te beschrijven en succesfactoren te benoemen. Op alle vragen konden respondenten open antwoorden geven. Er werd gevraagd gegevens achter te laten waar meer informatie beschikbaar was (bijv. websites, contactpersonen).

De enquête werd opgesteld door twee onderzoekers (LJSS en FJ) en gereviseerd door twee andere onderzoekers (KLK en RAS). Tot slot werd de enquête voorgelegd aan twee prominente leden van het Consortium. Vervolgens is de enquête als online formulier via email verstuurd aan alle actieve leden van het Consortium.

6.3 Resultaten

6.3.1 Respondenten en kwantitatieve analyse

We ontvingen dertien ingevulde enquêtes van twaalf unieke respondenten. Een respondent vulde de vragenlijst twee keer in, en benoemde in beide antwoorden verschillende initiatieven. De respondenten waren afkomstig uit zeven landen: Australië (n=4), Finland, Nederland (n=2), Spanje, Verenigde Staten, Verenigd Koninkrijk (n=2) en IJsland. Tien respondenten waren primair verbonden aan een universiteit; tenminste twee respondenten waren primair verbonden aan een non-profit organisatie ter bevordering van de mentale gezondheid. Negen respondenten waren professor of emeritus professor. Alle respondenten gaven aan beschikbaar te zijn voor vervolgvragen. Vervolginterviews hebben nog niet plaatsgevonden.

Tien van de twaalf respondenten (83%) gaven aan bekend te zijn met een of meerdere voorlichtingscampagnes betreffende mentale gezondheid gericht op de algehele populatie; twee respondenten waren niet bekend met een dergelijke campagne. Negen respondenten (75%) gaven aan bekend te zijn met een of meerdere initiatieven gericht op het verbeteren van vroegdetectie van risicogroepen; drie respondenten waren niet bekend met dergelijke initiatieven. Alle respondenten gaven aan bekend te zijn met een of meerdere initiatieven gericht op vroege behandeling ter preventie van (de verergering van) psychische klachten. Zeven respondenten (58%) gaven aan bekend te zijn met een of meerdere initiatieven gericht op educatie/training van gezondheidsprofessionals over mentale gezondheid; vijf respondenten waren niet bekend met dergelijke initiatieven. Acht respondenten (67%) gaven aan bekend te zijn met een of meerdere initiatieven gericht op het voorkomen van psychische problemen op scholen; Vier respondenten waren niet bekend met dergelijke initiatieven. Zeven respondenten (58%) gaven aan dat een of meerdere van de door hen beschreven initiatieven en programma's deel uitmaakten van een geïntegreerde en/of gecoördineerde strategie ter preventie van psychische problemen in de samenleving; vijf respondenten waren niet bekend met dergelijke strategieën.

In de volgende sectie beschrijven we alle relevante initiatieven, programma's en strategieën die door de respondenten werden geïdentificeerd. Sommige initiatieven zijn gericht op de preventie van psychische klachten onder jongeren, terwijl andere initiatieven gericht zijn op andere groepen of op de algehele bevolking. We beschrijven beiden. Door de inventarisatie uit te splitsen naar type programma (bijv. voorlichtingscampagne, vroege screening, preventie op scholen, etc.) trachtten we het brede veld van preventieve initiatieven, strategieën en programma's te beslaan. Omdat we vroegen naar *geïntegreerde* programma's, resulteerde dit er onvermijdelijk in dat een groot aantal initiatieven, programma's en strategieën werd gerapporteerd bij een vraag waar ze niet primair hoorden (bijv. een vroeg-detectie programma in

de inventarisatie van voorlichtingscampagnes en vice versa). We beschrijven de geïdentificeerde initiatieven, programma's en strategieën daarom tezamen in plaats van per categorie. Een aantal respondenten beschreef specifieke interventies in plaats van integrale initiatieven, programma's of strategieën. Deze zijn in het eerste deel van het rapport opgenomen, en worden hier niet nogmaals benoemd. Tot slot werden de namen van organisaties gerapporteerd (bijv. Black Dog Institute, MIND) in plaats van strategieën of programma's. Deze worden eerst beschreven. Wanneer voldoende informatie beschikbaar was, hebben we specifieke initiatieven, programma's en strategieën van deze organisaties opgenomen.

Naast de internationale inventarisatie van integrale initiatieven ter bevordering van de mentale gezondheid, inventariseerden we ook welke organisaties en programma's op dit moment in Nederland worden geïmplementeerd. We identificeerden organisaties/initiatieven die zich specifiek richten op de psychische gezondheid van jongeren en/of jongvolwassenen, en organisaties/initiatieven die breder georiënteerd zijn maar waarvan één of meerdere deelprojecten zich specifiek richten op de psychische gezondheid van jongeren en/of jongvolwassenen. Alle organisaties en initiatieven worden op alfabetische volgorde gepresenteerd.

6.3.2 Geïdentificeerde organisaties

Beyond Blue

[Beyond Blue](#) is een Australische geestelijke gezondheidsorganisatie, gericht op het ondersteunen van mensen die kampen met angst, depressie of suïcide(gedachten). De organisatie bestaat twintig jaar en werkt samen met de gemeenschap om de geestelijke gezondheid te vergroten en suïcide te voorkomen. Beyond Blue is een naamloze vennootschap met beperkte aansprakelijkheid. De leden van Beyond Blue zijn het Gemenebest van Australië en alle Australische staten en territoria. Financiële ondersteuning wordt gegeven door de verschillende regeringen van de leden. Daarnaast wordt de organisatie ondersteund door donaties en ondersteuning in natura. Er wordt geen financiële ondersteuning ontvangen van de farmaceutische bedrijven, of de alcohol- en tabaksindustrie.

Het beleid van BeyondBlue kent drie hoofddoelen of pijlers: 1) voorkomen van suïcide, 2) verkleinen van stigma en discriminatie met betrekking tot angst en depressie en 3) hervormen van de geestelijke gezondheidszorg. Dit wil men bereiken door het vergroten van de kennis over geestelijke gezondheid, zodat mensen zich veilig voelen om over hun problemen te praten en ondersteuning krijgen bij het vragen om hulp; door informatie, advies en ondersteuning te geven

in samenwerking met de gemeenschap; door belangenbehartiger te zijn; en door onderzoek te doen.

Beyond Blue heeft verschillende campagnes uitgevoerd, waaronder een campagne om de kennis over depressie en hoe depressie herkend en behandeld kan worden onder de algehele bevolking te vergroten. Uit onderzoek is gebleken dat de depressie-campagne van Beyond Blue resulteerde in meer besef en kennis van depressie, betere ondersteuning, meer vertrouwen in behandeling en het zien van de voordelen van hulp zoeken in het algemeen. Ook leidde de campagne tot meer gericht onderzoek.²¹³

Een andere activiteit van BeyondBlue die wordt uitgevoerd in opdracht van de Australische regering is [BeYou](#). BeYou is gestart in 2017 en wordt door de regering financieel ondersteund tot juni 2021. BeYou komt voort uit het nationale programma voor geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren. Het programma richt zich op het opleiden en ondersteunen van professionals die met kinderen werken, en bestaat uit twee componenten: één programma gericht op leerkrachten, en één programma gericht op klinici en niet-clinici buiten het onderwijs. BeYou bouwt voort op vijf bestaande programma's: KidsMatter Early Childhood, KidsMatter Primary, MindMatters, Response Ability en Headspace School Support. Deze programma's zijn geïntegreerd tot een enkel, nationaal aangeboden initiatief. BeYou organiseert tevens daarnaast voor professionals, stelt factsheets beschikbaar en geeft praktische adviezen. De BeYou Programs Database biedt daarnaast een zoekmachine voor docenten met interventies gericht op het bevorderen van de mentale gezondheid van kinderen. Het BeYou programma is nog niet geëvalueerd.

Black Dog Institute

Het [Black Dog Institute](#), opgericht in 1985, is een onderzoeksinstituut in Australië, dat door middel van translationeel onderzoek de mentale gezondheid van mensen wil bevorderen. Daarvoor worden onderzoek, educatieprogramma's, digitale middelen, klinische diensten en publieke bronnen geïntegreerd om oplossingen en veranderingen te bewerkstelligen. De focus is breed en omvat o.a. preventie van suïcide, stemmingsstoornissen en andere mentale stoornissen, digitale innovatie, mentale gezondheid voor de jeugd, en werkgerelateerde mentale gezondheid. Grote nationale initiatieven zijn bijv. LifeSpan, CRESP, Bite Back en Smooth Sailing. Het Black Dog Institute is een onafhankelijk medisch onderzoeksinstituut zonder winstoogmerk dat is aangesloten bij de universiteit UNSW Sydney.

We beschrijven vier initiatieven van het Black Dog Institute: LifeSpan, CRESP, Bite Back en Smooth Sailing. LifeSpan is een organisatie voor suïcidepreventie. Negen strategieën die bewezen effectief zijn bij suïcidepreventie zijn gecombineerd tot één vanuit de gemeenschap

geleide geïntegreerde methode. In 2015 kon door een donatie gestart worden met LifeSpan. Het budget werd in 2017-2018 aangevuld door de Australian Capital Territory (ACT) Government en Capital Health Network. In 2020 is begonnen met de analyse van de uitkomsten. Centre of Research Excellence in Suicide Prevention (CRESP) heeft als doel het aantal suïcides in Australië te verlagen. Experts op het gebied van suïcidepreventie zijn samengebracht om verschillende lijnen te ontwikkelen, zoals crisis en nazorg, beperking van middelen en publieke veiligheid, werk, scholen, online detectie, en implementatie van onderzoek. Bite Back is een online programma voor positieve psychologie, ontworpen om het algehele welzijn en de veerkracht van jonge Australiërs van dertien tot zestien jaar oud te verbeteren. Een eerste evaluatie van Bite Back liet zien dat het programma symptomen van angst en depressie kan verminderen en het welzijn kan verbeteren. De versie 2.0 is in 2018 van start gegaan.

Het [Smooth Sailing](#) programma heeft als doel de toegang tot psychologische hulp voor middelbare scholieren te vergroten en angst- en depressiesymptomen in deze groep te reduceren. Het programma maakt gebruik van een website voor het screenen, beoordelen en aanleveren van een aantal psychologische interventies, gebaseerd op het principe van 'stepped care'. Indien nodig kunnen de interventies worden aangevuld met hulp van een schooladviseur. Smooth Sailing wordt gefinancierd door de HSBC bank, de Graf Foundation en The Prevention Hub van het Australische Departement van Gezondheid, en is momenteel in de onderzoeksfase. Smooth Sailing startte in 2006. De resultaten van een eerste pilot studie zijn veelbelovend.²¹⁴ Schooladviseurs konden met behulp van dit programma sneller studenten te identificeren die hulp nodig hadden, en studenten met klachten hadden baat bij het programma. De dienst zorgde niet voor meer stigmatisering of meer psychische nood. Een evaluatie van de implementatie (bijv. wanneer wordt de dienst gebruikt, welke jongeren worden bereikt, etc.) volgt.

Mieli

[Mieli](#) is de Finse equivalent van het Nederlandse platform MIND. Mieli werd opgericht in 1897 met als doel het ondersteunen en promoten van goede mentale gezondheid. Mieli wil innoveren en inspireren, en draait bijna volledig op vrijwilligers. Het grootste deel van de activiteiten van Mieli wordt gefinancierd door projectsubsidies van Veikkaus, een goede-doelen loterij die eigendom is van de Finse staat. Aanvullende inkomsten komen van ministeries, lokale overheden, parochies, lidmaatschapsbijdragen, subsidies en donaties. Ook wordt fondsenwerving georganiseerd.

Mieli praat op nationaal en internationaal niveau mee over beleidsvorming betreffende geestelijke gezondheid, zelfmoordpreventie, jeugdwerk, crishulp, ouderenzorg, sociaal beleid, en de preventie van armoede en uitsluiting. Daarnaast organiseert Miele publiekscampagnes om

de kennis over psychische aandoeningen te vergroten (bijv. ter gelegenheid van de World Mental Health Day), educatie voor professionals op het gebied van zelfmoordpreventie, en zet Mieli zich actief in om het belang van preventieve strategieën voor mentale gezondheid te promoten.

MIND

[MIND](#) is een initiatief van Fonds Psychische Gezondheid, MIND Korrelatie en MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid dat in 2016 werd opgericht. MIND als organisatie is een optelsom van twee rechtspersonen: a) Stichting MIND (voorheen Fonds Psychische Gezondheid) is een fondsenwervende organisatie die publieksvoorlichting geeft en met onderzoek en innovatie bijdraagt aan een betere geestelijke gezondheid op lange termijn. MIND Korrelatie, die anonieme hulp biedt bij vragen over psychische en psychosociale problemen, is onderdeel van deze stichting. Stichting MIND wordt gefinancierd uit eigen fondsenwerving, loterijen, beleggingen en subsidies. b) Vereniging MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid is de landelijke koepel voor meer dan honderd grote en kleine cliënten-, familie- en zelfregie-organisaties en medezeggenschapsraden in het land. MIND Landelijk Platform ontvangt een vaste instellingssubsidie van het Ministerie van VWS en tijdelijke projectsubsidies.

Stichting MIND zet haar middelen in op drie terreinen of campagnelijnen. De lijn ‘preventie’ zet zich in om de algehele psychische gezondheid te bewaken, behouden en bevorderen. De lijn ‘kwaliteit van zorg’ zet zich in om psychische gezondheid te verbeteren, psychische aandoeningen te behandelen en problemen hanteerbaar te maken. De lijn ‘kwaliteit van leven’ zet zich in om het best mogelijke welzijn te bereiken als problemen chronisch zijn of het leven aanpassingen vergt. De campagnelijnen vertalen zich in zes ambities, waarvan er drie specifiek gericht zijn op jongeren: 1) preventie voor een psychisch gezonde jeugd; 2) een preventie-agenda op basis van data en kennis; 3) tijdige, goede zorg en ondersteuning voor de jeugd; 4) kwaliteitszorg voor iedereen; 5) jongeren doen op hun eigen wijze mee, ondanks eventuele psychische klachten; 6) mensen met psychische kwetsbaarheid bouwen hun leven op en doen mee aan de samenleving.

MIND kent verschillende platforms, waaronder MIND Blue voor mensen met depressieve klachten en MIND Young voor jongeren. Activiteiten van MIND die gericht zijn op preventie bestaan vooral uit publieksvoorlichting door middel van zelftests, ervaringsverhalen en evenementen als de Blue Monday Run. Daarnaast draagt MIND als belangenbehartiger en ‘stakeholder’ bij aan grootschalige initiatieven als FNO GeestKracht.

National Alliance on Mental Health

De Amerikaanse National Alliance on Mental Health ([NAMI](#)) is de grootste grassroots-organisatie voor geestelijke gezondheidszorg. NAMI zet zich in voor betere kansen voor de miljoenen Amerikanen die getroffen zijn door een mentale aandoening. NAMI werkt via belangenbehartiging, educatie, ondersteuning en publieksvoorlichting. De aanpak van NAMI kent vijf speerpunten: hoop, inclusiviteit, empowerment, compassie en rechtvaardigheid. NAMI is gestart in 1979 door een kleine groep families en is uitgegroeid tot een leidende nationale organisatie voor geestelijke gezondheid. Het grootste deel van de financiering van NAMI komt uit individuele bijdragen. Overige inkomsten zijn afkomstig van grote stichtingen en bedrijfssponsoring, contributies, beurzen, evenementen en andere partnerschappen.

NAMI zet zich in voor mensen met psychische aandoeningen, en richt zich daarmee niet primair op de preventie van psychische aandoeningen. Activiteiten van NAMI, met name activiteiten gericht op publieksvoorlichting, kunnen echter wel bijdragen aan de preventie van psychische aandoeningen in de samenleving. Zo publiceert NAMI regelmatig de resultaten van openbare enquêtes naar de ervaringen en perspectieven betreffende mentale gezondheid van individuen met psychische aandoeningen, hun mantelzorgers en leden van het publiek (bijv. Depression Survey 2009, en College Students Speak 2012). Om het begrip en de acceptatie van psychische aandoeningen onder jongeren te verbeteren, lanceerde NAMI de Ending the Silence campagne. Deze strategie bleek effectief in het vergroten van de kennis en verbeteren van de houding van middelbare scholieren ten aanzien van mentale aandoeningen en het terugdringen van stigmatisering.^{215,216}

Prevention United

[Prevention United](#) is een Australische liefdadigheidsinstelling, opgericht in 2018 op initiatief van drie professionals uit de geestelijke gezondheid, met een exclusieve focus op preventie van mentale gezondheidsproblemen. De stichting heeft drie aandachtsgebieden (bewustwording en belangenbehartiging; onderzoek en innovatie; programma's en partnerschappen) en stelt zichzelf vijf doelen: 1) meer bewustzijn creëren over het belang en de voordelen van een goede geestelijke gezondheid; 2) pleiten voor meer investeringen in preventie van psychische problemen; 3) ondersteunen van multidisciplinair onderzoek; 4) samenwerken om onderzoeksresultaten te vertalen naar informatie- en ondersteuningsprogramma's; en 5) samenwerken met individuen en organisaties van verschillende disciplines voor een gezamenlijke en alomvattende aanpak van preventie. Voor de financiële middelen is de instelling afhankelijk van donaties. Prevention United monitort de opbrengst van hun investeringen via periodieke nationale enquêtes die worden verzameld in samenwerking met het Australische Bureau voor de Statistiek. In hoeverre Prevention United succesvol is, is nog niet te zeggen.

US Preventive Service Task Force

De US Preventive Services Task Force ([USPSTF](#)), opgericht in 1984, is een onafhankelijk groep van experts in preventieve en eerstelijns geneeskunde in de Verenigde Staten. De USPSTF doet aanbevelingen om routinematig ‘evidence-based’ preventieve interventies te geven. In het aandachtsgebied gedrag en gezondheid worden aanbevelingen gedaan aan volwassenen ter preventie van depressie. Een specifieke aanbeveling wordt gedaan voor zwangere en postpartum vrouwen ‘at risk’ ter voorkoming van perinatale depressie. De Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), een onderdeel van het Ministerie van Gezondheid, levert de wetenschappelijke en administratieve middelen voor de USPSTF en ondersteunt de verspreiding van de aanbevelingen.

De USPSTF toonde aan dat screening op depressie bij volwassenen, inclusief ouderen, zorgt voor een betere identificatie van patiënten. Mensen die met behulp van screening geïdentificeerd werden, werden vervolgens behandeld met antidepressiva, psychotherapie of beide, wat leidde tot lagere morbiditeit.²¹⁷ In een systematisch overzichtsartikel werd aangetoond dat cognitieve gedragstherapie en interpersoonlijke therapie effectief kunnen zijn in het voorkomen van perinatale depressie. Het risico op depressie kon daarmee worden gereduceerd met meer dan dertig procent.²¹⁸

6.3.3 Geïdentificeerde initiatieven, programma's en strategieën

Caring Universities

Uit internationaal vragenlijstonderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO-ICS) is gebleken dat met name studenten in het hoger onderwijs kwetsbaar zijn voor psychische problemen. Dezelfde signalen komen ook naar voren uit onderzoek onder Nederlandse studenten. Naar aanleiding van deze signalen zijn vier Nederlandse universiteiten (Vrije Universiteit Amsterdam, Universiteit Leiden, Universiteit Utrecht en Universiteit Maastricht) gestart met het initiatief [Caring Universities](#). Het doel van Caring Universities is om het mentaal welzijn van studenten te verbeteren.

Op dit moment kent het Caring Universities platform twee functionaliteiten: zelf-assessment en online interventies. De Mind-Health Check is een online vragenlijst naar (milde) psychische klachten. Op basis van de vragenlijst krijgen studenten een persoonlijk advies. De vragenlijst brengt bovendien voor onderzoekers in kaart waar studenten behoefte aan hebben, zodat hier vervolgens eHealth interventies voor ontwikkeld en aangeboden kunnen worden.

Daarnaast worden via het platform vier interventies (Moodpep, Rel@x, GetStarted en de OplossingShop) aangeboden aan studenten die daar behoefte aan hebben. De interventies zijn gratis, volledig online en worden begeleid door een online coach.

Momenteel biedt Caring Universities haar programma's alleen aan studenten van de betrokken universiteiten aan, in het kader van wetenschappelijk onderzoek. Dit onderzoek is met name gericht op de tevredenheid van de studenten over de programma's. De eerste resultaten laten een hoge mate van tevredenheid zien. Gegevens over het bereik van Caring Universities en de effectiviteit van de aangeboden interventies is nog niet beschikbaar.

Communities That Care

Communities That Care (CTC) is een systeem ter preventie van probleem- en risicogedrag bij adolescenten. Door middel van geteste, effectieve interventies wordt beoogd het aantal risicofactoren bij jongeren in de gemeenschap te verlagen om zo te komen tot minder middelengebruik, minder delinquent gedrag en minder geweld. In plaats van een specifieke interventie aan te bieden aan alle jongeren, worden jongeren en hun begeleiders geholpen vroeg de interventie te vinden die het meest passend is en beschikbaar in de eigen omgeving.

CTC liet in een gerandomiseerd onderzoek in de Verenigde Staten deels positieve resultaten zien.²¹⁹ Onder jongere kinderen, die bij aanvang van het onderzoek nog geen probleemgedrag vertoonden, resulteerde CTC ertoe dat er minder probleemgedrag (middelengebruik, delinquentie en geweld) ontstond. Tegelijkertijd leidde CTC niet tot een vermindering van risicofactoren (familieconflicten, antisociale vrienden, beloningen van leeftijdsgenoten voor antisociaal gedrag, attitudes die gunstig zijn voor antisociaal gedrag, rebellie, lage betrokkenheid bij school) of de prevalentie van probleemgedrag op de langere termijn.

GeestKracht

Het vijf jaar durende [GeestKracht](#) programma van FNO Zorg voor Kansen werkt aan duurzame verbetering voor jongvolwassenen van zestien tot vijfendertig jaar met psychische problemen. Het programma richt zich op de preventie van psychische problemen, het beperken van de praktische gevolgen van psychische problemen en het bevorderen van maatschappelijke participatie. GeestKracht is tot stand gekomen in samenwerking met MIND. GeestKracht heeft vier programmalijnen: a) het beter toerusten van jongvolwassenen; b) het beter toerusten van professionals; c) meer integrale aanpakken en beleid; en d) jongvolwassenen met psychische

problematiek op de maatschappelijke agenda zetten. Uniek aan het GeestKracht programma is dat jongeren en jongvolwassenen meepraten, meedenken en meebeslissen over het programma.

GeestKracht verstrekt subsidies aan maatschappelijke partijen (bijv. private organisaties, onderwijs- of zorginstellingen, groepen jongvolwassen ervaringsdeskundigen) die een project voorstellen dat naar verwachting bijdraagt aan de doelen van het GeestKracht programma. In het GeestKracht programma van 2020 tot 2025 stelt FNO in jaarlijkse subsidierondes twaalf miljoen euro beschikbaar voor dergelijke projecten. GeestKracht is daarmee geen integraal of gecoördineerd preventieprogramma, maar kan wel substantieel bijdragen aan de preventie van psychische problemen onder jongeren en jongvolwassenen.

Gezonde School

De [Gezonde School](#) is een programma van de Rijksoverheid dat scholen helpt om doelgericht te werken aan een gezonde leefstijl van hun leerlingen. De Gezonde School-aanpak maakt van losse activiteiten ter bevordering van de gezondheid één geheel met behulp van een Gezonde School-coördinator binnen de school en een externe adviseur van de GGD. De aanpak bestaat uit drie fasen: voorbereiden, uitvoeren en evalueren. Wanneer de stappen succesvol worden doorlopen, ontvangt de school een Gezonde School-vignet. De Gezonde School stimuleert gezond gedrag op vier manieren: 1) educatie (gezond gedrag krijgt structureel aandacht tijdens de lessen); 2) schoolomgeving (de school richt de fysieke zo in dat gezond gedrag wordt gestimuleerd; 3) signaleren (leraren en andere medewerkers herkennen gezondheids- of leefstijlproblemen onder leerlingen in een vroegtijdig stadium); 4) beleid (de school legt maatregelen voor gezondheidsbevordering vast in het schoolbeleid).

Een Gezonde School maakt gebruik van erkende Gezonde School-activiteiten. Dit zijn activiteiten waarvan onafhankelijke professionals hebben vastgesteld dat ze voldoen aan enkele kwaliteitscriteria en kansrijk zijn om effect te hebben. De activiteiten zijn per onderwijstype (primair onderwijs, speciaal onderwijs, voortgezet onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs) opgenomen in een database. Eerder beschreven we interventies ter preventie van problematisch middelengebruik die deel uitmaken van Helder op School, onderdeel van Gezonde School. Ook Happytes, VRIENDEN en Levensvaardigheden zijn opgenomen in de database.

Headspace / @ease

[@ease](#) is de Nederlandse variant van het succesvolle Australische initiatief [Headspace](#). Stichting @ease biedt jongeren tot vijftientig jaar op een laagdrempelige manier hulp en psychische ondersteuning. Door problemen sneller te herkennen en naar een oplossing toe te

werken, probeert @ease te voorkomen dat er (later) langdurige zorg nodig is. Jongeren kunnen gratis, anoniem en zonder afspraak terecht bij @ease locaties in Amsterdam, Rotterdam, Heerlen, Maastricht en Groningen. Vrijwilligers van @ease zijn getraind in het herkennen van signalen die wijzen op meer ernstige psychische problematiek waarvoor een verwijzing nodig is. Op elke @ease locatie is altijd een zorgprofessional aanwezig die vragen kan beantwoorden, en zo nodig kan verwijzen naar passende reguliere (geestelijke) gezondheidszorg. Ook is er een psychiater bereikbaar. Naast de faciliteiten van de inlooplocaties verzorgt @ease ook gastlessen voor middelbare scholieren. Het doel van de lessen is psychische problemen bespreekbaar te maken in de klas. Tijdens drie lessen wordt er stilgestaan bij het herkennen van psychische klachten, praten over psychische klachten, en weten wat je kunt doen om jezelf of een ander te helpen. De lessen worden gegeven door leeftijdsgenoten die zelf of in hun omgeving te maken hebben (gehad) met psychische problemen. Stichting @ease is financieel afhankelijk van giften van particulieren en stichtingen en subsidies van gemeenten.

De effectiviteit van @ease wordt op dit moment onderzocht door de Universiteit van Maastricht. De effecten van het Australische initiatief Headspace zijn wel beschreven. Tussen 1 april 2013 en 31 maart 2014 werden alle jongeren die één van de vijfenvijftig Headspace locaties in Australië bezochte, gevraagd een vragenlijst in te vullen. Ruim vierentwintig duizend jongeren (twee derde vrouw, gemiddelde leeftijd achttien jaar) meldden zich met een hulpvraag. De meest voorkomende problemen waren depressieve klachten en angst. De meest voorkomende behandelingen waren CGT, een ondersteunend gesprek en psycho-educatie.²²⁰ In een eigen evaluatierapport uit 2019 concludeert Headspace onder anderen dat a) het grootste deel van de jongeren zich door een kortdurende behandeling bij Headspace beter gingen voelen; b) de behandeling bij Headspace bijdroeg aan het ontwikkelen van vaardigheden waardoor jongeren zich in het dagelijks leven weerbaarder en sterker voelden; c) de meeste jongeren stopten Headspace locaties te bezoeken omdat ze zich beter zijn gaan voelen. Slechts veertien procent stopte omdat de behandeling niet werkte; en d) negentig procent van de jongeren die door Headspace verwezen werden naar een gespecialiseerd centrum, deze verwijzing in praktijk brengt.²²¹

iCOPE: screening van jonge ouders

[iCOPE](#) is een interactief digitaal screeningsplatform, bedoeld om ouders ondersteuning te bieden voor de mentale gezondheid in de perinatale periode. In de wachtkamer van of tijdens een consult met een geboortezorg-professional (bijv. verloskundige) beantwoorden aanstaande of jonge ouders vragen op een tablet. De vragen hebben betrekking op angst, depressie en psychosociale risicofactoren. Andere vragen of screeningsinstrumenten kunnen worden

toegevoegd. De scores worden automatisch berekend, geïnterpreteerd en aangeleverd als rapport voor zowel professional als de patiënt. Tegelijkertijd worden de patiëntendata verzameld voor wetenschappelijk onderzoek. iCOPE is beschikbaar in twaalf talen (met Engels als enige west-Europese taal). iCOPE is onderdeel van het Centre of Perinatal Excellence, een onafhankelijke, non-profit organisatie en is afhankelijk van donaties en van ondersteuning van de regering van het Gemenebest en van Victorian State. Er is geen evaluatie of literatuur gevonden die het success van iCOPE bevestigen.

IJslands preventiemodel

Sinds de introductie van het IJslands preventiemodel, twintig jaar geleden, is het middelengebruik onder IJslandse jongeren zeer sterk gedaald. Het IJslandse model bestaat niet uit een vast pakket van landelijke interventies of campagnes, maar uit lokale oplossingen. Door onder leerlingen van tien tot twintig jaar vragenlijsten af te nemen, worden jaarlijks de belangrijkste risicofactoren voor het gebruik van middelen in kaart gebracht. Deze risicofactoren kunnen liggen op het gebied van het gezin, vrienden, school of vrije tijd. Binnen drie maanden worden de resultaten van deze vragenlijst teruggekoppeld op landelijk, gemeentelijk en schoolniveau. Vervolgens wordt lokaal besproken wat de grootste problemen zijn en waar kansen liggen om deze aan te pakken. Ouders, scholen en organisatoren van jeugdactiviteiten zijn bij deze gesprekken betrokken. Zo werd in Reykjavik bijv. een vrijetijdspas ontwikkeld, waarmee jongeren gratis kunnen deelnemen aan georganiseerde sportlessen en culturele activiteiten. Het IJslandse model is meermaals beschreven in de wetenschappelijke literatuur (bijv. ^{222,223})

Het Trimbos Instituut en het Nederlands Jeugdinstituut onderzoeken samen met het ICSRA (Icelandic Centre for Social Research and Analysis) hoe het IJslandse preventiemodel ook [in Nederland](#) ingezet kan worden. Daartoe is een ‘beleidsvormend leertraject’ uitgezet. De eerste zes Nederlandse gemeenten (Amersfoort, Hardenberg, samenwerkingsverband Kempengemeenten, Súdwest-Fryslân, Texel en Urk) experimenteren op dit moment binnen dit leertraject met het IJslandse model. De eerste resultaten zijn veelbelovend. Andere gemeenten die interesse hebben het IJslandse model toe te passen, worden gevraagd hun interesse kenbaar te maken bij het Trimbos Instituut.

Mental Health First Aid Training

Het Mental Health First Aid ([MHFA](#)) trainingsprogramma verzorgt cursussen die burgers leren hoe ze psychologische eerste hulp kunnen verlenen aan een persoon die een psychisch probleem ontwikkelt, een verergering van een bestaand psychisch probleem ervaart of

in een geestelijke gezondheidscrisis zit. Het gaat om de hulp die wordt gegeven totdat passende professionele hulp beschikbaar is of totdat de crisis is opgelost. De MHFA-training is in 2000 begonnen in Australië door een ervaringsdeskundige en een onderzoeker. Intussen heeft het trainingsprogramma zich succesvol uitgebreid over Australië en vijftientig andere landen.

De grote verspreiding van het programma werd bewerkstelligd door een aantal factoren. MHFA bouwt voort op het in Australië alom bekende First Aid-model, wat inhoudt dat mensen weten dat ze kunnen helpen bij acute fysieke gezondheidsproblemen als professionele hulp niet beschikbaar is. Velen hebben daarom een EHBO-cursus gedaan. Dit First Aid-concept is uitgebreid met de inclusie van mentale gezondheidsproblemen. Verder voorziet de MHFA-training in een publieke behoefte, omdat mentale problemen vaak voorkomen. De training is toegespitst op verschillende doelgroepen. De verspreiding is decentraal georganiseerd, wat het mogelijk maakt op lokale situaties in te spelen. Er is een sterke samenwerking met onderzoek en de uitkomsten zijn geëvalueerd.²²⁴ Uit de evaluatie bleek dat de MHFA-training leidt tot meer kennis over mentale problemen, betere herkenning van mentale stoornissen, meer vertrouwen in behandeling en meer vertrouwen in de eigen geboden hulp. Daarnaast leidde de training tot minder stigmatisering.

De ontwikkeling, eerste verspreiding en evaluatie van MHFA werden gefinancierd door de Australische regering en door middel van subsidies. Omdat deze financiering op lange termijn onvoldoende bleek, worden MHFA-cursussen nu tegen vergoeding aangeboden. Onbekend is of het MHFA-trainingsprogramma ook geschikt is voor landen met een geheel ander zorgstelsel en een andere cultuur dan Australië.

GGzE heeft de training in 2015 [naar Nederland](#) gehaald. Inmiddels wordt de cursus aangeboden door tenminste negentien GGZ instellingen verspreid over het land. De cursus wordt (tegen betaling) gegeven door MHFA-gecertificeerde trainers, aan groepen in van acht tot vijftien particulieren, en beslaat in totaal twaalf lesuren verspreid over vier à vijf weken. Een vergelijkbare cursus is beschikbaar die zich specifiek richt op de mentale gezondheid van jongeren. Ook bedrijven en zorgprofessionals kunnen de cursus afnemen. Bovendien kan iedereen in Nederland (tegen betaling) een online cursusprogramma volgen, en is er een gratis mobiele app beschikbaar.

ROC-Aanvalsplan

Het ROC-Aanvalsplan heeft als doel het middelengebruik onder studenten van Regionale Opleidingscentra (ROC's) terug te dringen. Het plan is bedoeld voor scholieren in de leeftijd van elf tot achttien jaar. Het ROC-Aanvalsplan is een integrale interventie bestaande uit een voorbereidings-, uitvoer- en evaluatiefase. De uitvoerfase bestaat uit negen onderdelen die

elkaar onderling versterken, zoals het opstellen van beleid, deskundigheidsbevordering voor medewerkers, voorlichting aan leerlingen en invoering van een screeningsvragenlijst. Door middel van een groepsgerichte aanpak in de school begeleidt een gezondheidscoach de studenten. Dit gebeurt op een persoonlijke en laagdrempelige manier. Hierbij wordt gebruik gemaakt van een screenings- en toeleidingstraject. Een handleiding kan tegen betaling worden aangevraagd bij de afdeling ‘vroegsignalering en geïndiceerde preventie’ van [Youz](#). Het ROC-Aanvalsplan wordt gefinancierd via een subsidie van de gemeente. Deze wordt aangevraagd door de uitvoerende GGD of instelling voor verslavingszorg. Het ROC-Aanvalsplan wordt door het Nederlands Jeugdinstituut erkend als ‘goed onderbouwd.’²²⁵

Sinds 2012 is het ROC-Aanvalsplan over vijftientig locaties uitgerold. Een eerste procesevaluatie over de implementatie van het ROC-Aanvalsplan liet zien dat de regels en uitgangspunten vastgelegd zijn in schoolstatuten en studentenreglementen. De gezondheidscoach heeft een eigen plek gekregen binnen de onderwijslocaties en vormt een meerwaarde. Na implementatie van het ROC-Aanvalsplan zegt meer dan negentig procent van de medewerkers in staat te zijn om met een student in gesprek te gaan over middelengebruik. Achtentachtig procent van de studenten geeft na een voorlichting aan te beseffen dat het gebruik van alcohol en andere middelen een negatieve invloed kan hebben op schoolprestaties, en dertig procent van de studenten die werden begeleid door de gezondheidscoach zijn doorverwezen naar intensievere zorg. Het effect van het ROC-Aanvalsplan op de prevalentie van (problematisch) middelengebruik, probleemgedrag of psychische klachten is nog niet onderzocht.

Rondom Jong

[Rondom Jong](#) is een wegwijzer van het Trimbos Instituut voor het versterken van depressiepreventie rond jongeren. Het is een onderdeel van het Meerjarenplan Depressiepreventie uit 2017 van het ministerie van VWS. Rondom Jong is voor professionals rondom jongeren (op school, jeugdgezondheidszorg, GGD, maatschappelijk werk, wijkteam, GGZ, huisarts en gemeente) die samen met de ketenpartners actief aan de slag willen gaan met depressiepreventie. Rondom Jong brengt de ketenpartners samen aan tafel. In 2019 is Rondom Jong voor het eerst geïmplementeerd op een school in Nunspeet.

Bij Rondom Jong staat de reis van de jongere die te maken kan krijgen met klachten van depressie centraal. Deze reis bestaat uit verschillende stappen die een jongere kan doorlopen, zoals het zoeken naar informatie over depressie op het internet, het volgen van een zelfhulpprogramma en de stap naar behandeling zetten. In een aantal rondes gaan professionals aan de slag op een school, in de wijk of in de gemeente. Hier komen concrete acties uit, bijv. ‘professionals deskundig maken zodat ze depressieve klachten bij jongeren beter kunnen

signaleren'; 'een effectief preventieprogramma inzetten op school'; en 'een directe lijn met hulpverlening regelen'. De materialen om met Rndom Jong aan de slag te gaan zijn gratis beschikbaar in de webshop van het Trimbos Instituut. De effectiviteit van Rndom Jong is nog niet geëvalueerd.

STORM

Strong Teens and Resilient Minds ([STORM](#)) is een integraal programma gericht op de preventie van depressieve stoornissen en suïcide onder middelbare scholieren. De aanpak bestaat uit vijf kernactiviteiten: 1) klassikale lessen over mentale gezondheid; 2) screening van alle leerlingen in leerjaar twee en vier (voortgezet onderwijs) en leerjaar één en twee (middelbaar beroepsonderwijs) op depressieve klachten en suïcidaliteit; 3) geïndiceerde preventieve interventie 'Op Volle Kracht'; 4) suïcidepreventie-training voor docenten en zorgprofessionals; en 5) gatekeeper-training voor mentoren. In een vragenlijst wordt alle jongeren op de deelnemende scholen naar hun gevoelens gevraagd. Daarna krijgen ze – indien nodig – per project andere vormen van hulp aangeboden om hun weerbaarheid en veerkracht te vergroten. Jongeren met suïcidale gedachten worden binnen achtenveertig uur gezien door een medewerker van de GGD, en zonodig doorverwezen voor specialistische zorg. Het actieve STORM-programma duurt een schooljaar.

De effectiviteit van Op Volle Kracht is in wetenschappelijk onderzoek onder middelbare scholieren aangetoond (zie het eerste deel van dit rapport). Naar de effectiviteit van STORM als geïntegreerde aanpak wordt op dit moment onderzoek gedaan.²²⁶ Ten behoeve van dit onderzoek wordt STORM op dit moment door GGZ Oost Brabant geïmplementeerd in de regio's Zuidoost Brabant, Noordoost Brabant en Land van Cuijk. Naar aanleiding van eerste veelbelovende resultaten van de STORM-aanpak investeert het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de komende jaren in de uitrol van het STORM programma in andere delen van Nederland.

Supranet Communities

Het [Supranet Communities](#)-model is ontwikkeld en onderzocht door de European Alliance Against Depression, en wordt inmiddels in meer dan vijftien landen toegepast. In Nederland maken negen regio's (genaamd Supranet Communities) deel uit van het Suïcidepreventie Actienetwerk (Supranet), een initiatief van Stichting 113 Zelfmoordpreventie. Binnen elke regio werken maatschappelijke organisaties waaronder de politie, wijkteams, huisartsen, scholen, (sport)verenigingen, GGZ-instellingen, maar ook de vervoersbedrijven en werkgevers intensief en actiegericht samen om het aantal suïcides in de regio terug te dringen.

De online toolbox van Stichting 113 Zelfmoordpreventie biedt een gedetailleerd stappenplan waarmee regio's zelfstandig aan de slag kunnen. De regierol ligt in de meeste regio's bij de GGD. De Supranet Communities-aanpak wordt tussen 2016 en 2021 financieel mogelijk gemaakt door het ministerie van VWS.

De Supranet Communities-aanpak richt zich tegelijkertijd op vier pijlers. Ten eerste worden publiekscampagnes ingezet om het taboe op praten over zelfmoordgedachten weg te nemen, en mensen aan te moedigen te informeren naar suïcidale gedachten. Waar mogelijk en passend worden lokale media hiervoor ingezet. Ten tweede worden juist mensen buiten de zorg (bijv. op scholen, verenigingen, in kerken) getraind in het herkennen van en omgaan met suïcidaal gedrag door middel van gatekeeper-trainingen. Ten derde worden specifieke groepen, waarvan bekend is dat ze een verhoogd risico lopen op suïcidale gedachten, actief benaderd voor hulp. Jongeren tussen twaalf en vijftientig jaar vormen zo'n risicogroep. Tot slot wordt gewerkt aan het versterken van suicidepreventie door middel van betere samenwerking tussen zorgverleners. Er worden afspraken gemaakt met ketenpartners voor adequate signalering, diagnostiek, behandeling, verwijzing en overdracht. Naast deze vier pijlers zet de community zich actief in de toegang tot dodelijke middelen te bemoeilijken. Het kan daarbij gaan om toegang tot fysieke plaatsen als het spoor en hoge gebouwen, medicatie en giftige stoffen.

De Supranet Communities-aanpak is in Nederland nog niet geëvalueerd. In de Duitse regio Nuremberg leidde de aanpak tussen 2000 en 2003 tot een forse vermindering van suïcidaal gedrag. Het aantal suïcidepogingen in Nuremberg daalde in deze periode zelfs met zesentwintig procent.²²⁷

Thrive Amsterdam

Thrive Amsterdam is een sociale beweging met als doel de mentale gezondheid van alle Amsterdammers te verbeteren. De beweging, gestart in 2019, is een initiatief van Arkin, Cliëntenbelang Amsterdam, gemeente Amsterdam, GGZinGeest en het Universitair Medisch Centrum Amsterdam. Amsterdam sluit zich daarmee als eerste Nederlandse stad aan bij een internationaal netwerk van wereldsteden die als onderdeel van het International Initiative for Mental Health and Leadership met Thrive aan de slag zijn gegaan. Thrive Amsterdam wil mensen en organisaties aan elkaar verbinden zodat mensen van elkaar kunnen leren. Dit doen ze door onder anderen: a) mentale gezondheid te agenderen bij verschillende groepen en platforms in Amsterdam; b) netwerkbijeenkomsten te organiseren; c) het uitwisselen van ervaringen in focusgroepen; d) het stimuleren van kennisontwikkeling, onderzoek en monitoring; en e) het samenstellen van een actieplan mentale gezondheid en werkagenda voor de Amsterdamse gemeenteraad.

Naast deze activiteiten biedt Thrive Amsterdam een [digitaal platform](#) aan Amsterdammers, organisaties en initiatieven. Op het platform wordt verwezen naar een uitgebreid hulpverleningsaanbod, bijv. in de vorm van toolkits, online zelfhulpprogramma, chatfuncties, inloopsprekuren, ondersteuning, lotgenotenfora of apps. Ook vindt men op de website vele blogs met tips voor (zorg)professionals en een algemeen publiek. Thrive Amsterdam richt zich in de komende jaren op primair op jongeren, migranten en werkgevers.

6.3.4 Factoren die bijdragen aan succesvolle implementatie

Wanneer respondenten op de inventarisatie succesvol geïmplementeerde integrale preventieprogramma's kenden, vroegen we hen aan te geven welke factoren naar hun mening bijdroegen aan het succes van het programma. In deze sectie presenteren we de antwoorden op deze vraag. We hebben de (Engelstalige) antwoorden naar eigen inzicht vertaald en georganiseerd. Wanneer hetzelfde antwoord door meerdere respondenten werd gegeven, is het aantal weergegeven (bijv. 'n=2') Een aantal respondenten benoemde factoren die bijdroegen aan het uitblijven van succes. Deze worden aangeduid met een asterisk (*). Thema's die relatief vaak worden genoemd zijn a) wetenschappelijke evidentie van de aangeboden programma's; b) toegankelijkheid van het programma voor een breed publiek; en c) duurzame financiering en ondersteuning van het programma.

Inhoud

- “Alle interventies binnen het programma waren wetenschappelijk onderbouwd.” (n=2)
- “Het gebruik van valide en wetenschappelijk verantwoorde meetinstrumenten.”
- “Een groot probleem is het gebrek aan systematische screening en de inzet van wetenschappelijk onderbouwde interventies.” *
- “De inzet van meerdere interventies tegelijkertijd.”
- “Het onderwijzen van gezondheidsprofessionals over de preventie van psychische stoornissen is cruciaal om een verschil te maken op populatieniveau.”
- “Zoals beschreven in het Ottawa-handvest voor gezondheidsbevordering is het voorlichten van de populatie één van de belangrijkste stappen. Weinig mensen zijn zich ervan bewust dat depressie net als diabetes en hart- en vaatziekten voorkomen kan worden.”

Aansluiting bij de doelgroep

- “Er werd niet stigmatiserende taal gebruikt die aansloot bij jonge mensen zonder diagnose. Er werd bijvoorbeeld gesproken over ‘piekeren’ en ‘zelfvertrouwen’ in plaats van ‘angst’ en ‘depressie.’ Hierdoor was het programma voor meer mensen toegankelijk.” (n=2)
- “Er werd eenvoudige en duidelijke taal gebruikt om aan te sluiten bij de belevingswereld van patiënten en families.”
- “Het programma richtte zich op die individuen die het meest gemotiveerd waren om deel te nemen.”
- “Het programma was ontwikkeld voor en getest in diverse populaties.”
- “Het programma was voor iedereen toegankelijk.”
- “Het programma paste binnen het reguliere curriculum van scholen.”
- “Er werd geïnvesteerd in lokale implementatie van het programma.”

Ondersteuning en representatie

- “Het programma werd gesteund door de relevante overheden.”
- “Lange-termijn commitment aan het programma.”
- “De campagne werd afgetrapt door de wethouder zorg van de gemeente Amsterdam.”
- “De overheid prioriteert behandelprogramma’s boven preventieprogramma’s.” *

Strategie

- “Het programma had een duurzaam financieringsmodel.” (n=2)
- “Het programma is kosteneffectief, waardoor er vraag naar is.” (n=2)
- “Het programma voorziet in de behoefte van scholen.”
- “De publiekscampagne maakte deel uit van een integrale en veelzijdige strategie om het aantal zelfdodingen terug te dringen.”
- “De inzet van meerdere benaderingen tegelijkertijd.”
- “Door de keuze voor het ‘train-the-trainer-model’ kon het programma niet eenvoudig worden opgeschaald.” *

6.4 Interpretatie en aanbevelingen

Met behulp van een enquête onder internationale experts op het gebied van depressiepreventie identificeerden we een aanzienlijk aantal bestaande organisaties, programma’s, initiatieven en strategieën die bijdragen aan de preventie van psychische

aandoeningen. Daarnaast verzamelden we aanbevelingen voor succesvolle implementatie van dergelijke programma's, initiatieven en strategieën.

We identificeerden tenminste vijf programma's die succesvol zijn geïmplementeerd. Het overkoepelend beleid van *Beyond Blue* heeft door middel van verschillende publiekscampagnes de 'mental health literacy' van de Australische bevolking vergroot, en biedt handvatten aan professionals om preventieve interventies in te zetten. De *Mental Health First Aid* training is een kosteneffectieve training voor particulieren, bedrijven en instellingen die inmiddels in vijftig landen wordt aangeboden. Meer dan honderd *Headspace* locaties verspreid over Australië bieden jongeren op een laagdrempelige manier hulp bij (beginnende) psychische klachten. De meerderheid van de hulpvragers heeft minder dan tien sessies nodig om weer zelfstandig verder te kunnen. Het *IJslands preventiemodel* biedt lokale oplossingen gericht op factoren die het risico op middelengebruik onder jongeren vergroten, waardoor het aantal IJslandse jongeren dat middelen gebruikt drastisch is gedaald. Binnen de *Communities-aanpak* van de European Alliance Against Depression, tot slot, werken GGZ-instellingen en maatschappelijke partners op regionaal niveau intensief samen, waardoor in Duitsland het aantal suïcidepogingen met zesentwintig procent afnam.

Vier van deze vijf succesvolle programma's zijn reeds beschikbaar in Nederland. De *Mental Health First Aid* training wordt sinds 2015 aangeboden via negentien GGZ instellingen verspreid over het land. @ease, de Nederlandse variant van Headspace, beschikt op dit moment over inlooplocaties in Amsterdam, Rotterdam, Groningen, Heerlen en Maastricht. Het IJslands preventiemodel wordt door het Trimbos Instituut in zes Nederlandse gemeenten getest. Het Supranet Communities-programma van Stichting 113 Zelfmoordpreventie implementeert het Duitse suïcidepreventiemodel momenteel in negen Nederlandse regio's. Er zijn nog geen gegevens beschikbaar over de effecten van de *Mental Health First Aid* training, @ease, het IJslands preventiemodel of Supranet Communities in Nederland.

Nederland kent geen overkoepelende organisatie of campagne die opereert op de schaal van het succesvolle Australische *Beyond Blue*. *Beyond Blue* voldoet aan een aantal kenmerken die door de respondenten werden geïdentificeerd als belangrijk voor succesvolle implementatie. Zo zet *Beyond Blue* zich actief in om de kennis over mentale gezondheid in de samenleving te vergroten én professionals/zorgverleners op te leiden, wordt *Beyond Blue* duurzaam gefinancierd en ondersteund door de relevante overheden, en leunt *Beyond Blue* op een breed scala aan wetenschappelijk onderbouwde interventies. Het Nederlandse platform MIND doet denken aan *Beyond Blue*, maar onderscheidt zich op drie cruciale punten. Ten eerste is *Beyond Blue* wel en MIND niet ontstaan op aanwijzing van de nationale overheid, met als doel een overheidsstrategie uit te voeren. Daarmee gaat gepaard dat MIND, in tegenstelling tot *Beyond Blue*, niet duurzaam wordt gefinancierd en ondersteund door de nationale overheid. Ten tweede richt *Beyond Blue*

zich voornamelijk op preventie, in tegenstelling tot MIND dat is ontstaan als koepel voor cliënten- en belangenorganisaties in de geestelijke gezondheidszorg. Ten derde richt Beyond Blue zich primair op professionals en zorgverleners, terwijl MIND zich primair richt op het algemeen publiek. We concluderen - zonder waardeoordeel - dat MIND in haar huidige vorm niet de rol vervult in de preventie van psychische aandoeningen zoals Beyond Blue dat in Australië doet.

Naast de vijf bovengenoemde succesvolle initiatieven, identificeerden we een groot aantal recent ontwikkelde initiatieven die op dit moment worden geïmplementeerd en geëvalueerd. Voorloper hierin is het Australische Black Dog Institute, dat door de gecoördineerde inzet van programma's als Smooth Sailing, Bite Back, LifeSpan en CRESP mogelijk een groot verschil kan maken. Ook in Nederland lopen een aantal veelbelovende initiatieven. Twee complementaire integrale programma's ter preventie van stemmingsstoornissen en suïcide (STORM-aanpak) en problematisch middelengebruik (ROC-Aanvalsplan) onder jongeren zijn reeds in een vergevorderd stadium. De eerste resultaten zijn veelbelovend. De Gezonde School biedt een integrale aanpak en richt zich op zorgprofessionals/docenten, echter de interventies die binnen de Gezonde School worden aangeboden zijn (nog) niet voldoende onderbouwd. Tot slot identificeerden we een aantal initiatieven in Nederland of daarbuiten die onlangs zijn gestart en waarvan nog geen resultaten bekend zijn (bijv. Thrive Amsterdam, Rondon Jong, Caring Universities, iCOPE).

Aanbevelingen

In de Nederlandse situatie wordt reeds een aantal initiatieven, programma's en strategieën uitgevoerd die in het buitenland hebben bewezen bij te dragen aan de preventie van psychische problemen in de samenleving, te weten het IJslands preventiemodel, @ease, de Mental Health First Aid training en Supranet Communities. Daarnaast zijn een aantal Nederlandse initiatieven in een ver stadium van ontwikkeling, te weten de STORM-aanpak en het ROC-Aanvalsplan. Met uitzondering van de Mental Health First Aid training, die tegen betaling wordt aangeboden en daarmee in het buitenland kosteneffectief is gebleken, zijn deze initiatieven afhankelijk van ondersteunende financiering. Wij adviseren deze initiatieven duurzaam financieel te ondersteunen.

Ondanks het Nationaal Preventie Akkoord en het Meerjarenplan Depressiepreventie, ontbreekt het in Nederland aan een centrale strategie ter preventie van psychische aandoeningen. Naar het voorbeeld van Beyond Blue adviseren wij de vormgeving van een organisatie die uitsluitend belast is met de uitvoering van het overheidsbeleid met betrekking tot de preventie van psychische aandoeningen, met de volgende kenmerken: a) de organisatie en haar beleid

worden duurzaam financieel ondersteund door de overheid; b) de organisatie richt zich primair op educatie van zorgprofessionals over de preventie van psychische aandoeningen; c) de organisatie richt zich daarnaast op voorlichting van burgers over de preventie van psychische aandoeningen; en d) het beleid van de organisatie is gestoeld op wetenschappelijk onderbouwde interventies en strategieën. Een dergelijke organisatie kan en moet domein-overstijgend opereren. De preventie van psychische aandoeningen raakt immers niet alleen het (geestelijke) gezondheidsdomein, maar ook die van het onderwijs, sociale voorzieningen en het bedrijfsleven. Een geïntegreerde aanpak waarin individuele interventies zoals beschreven in het eerste deel van dit rapport een plaats krijgen naast maatschappij-brede interventies gericht op structurele risicofactoren voor psychische problemen (bijv. bestrijding van armoede, slechte woonomstandigheden en ongelijke kansen op de arbeidsmarkt) is noodzakelijk.²³¹

7. Bronnenlijst

1. RIVM. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Volksgezondheid en zorg > Psychische gezondheid > cijfers en context > huidige situatie. www.rivm.nl. Published 2020.
2. Bose J, Hedden SL, Lipari RN, Park-Lee E. *Key Substance Use and Mental Health Indicators in the United States: Results from the 2017 National Survey on Drug Use and Health. Publication No. SMA 16-4984, NSDUH Series H-51.*; 2018.
3. Ward ZJ, Rodriguez P, Wright DR, Austin SB, Long MW. Estimation of Eating Disorders Prevalence by Age and Associations With Mortality in a Simulated Nationally Representative US Cohort. *JAMA Netw open.* 2019;2(10):e1912925. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.12925
4. Simon GE, Coleman KJ, Yarborough BJH, et al. Incidence and Presentation of First-Episode Psychosis in a Population-Based Sample. *Psychiatr Serv.* 2017;68(5):456-461. doi:10.1176/appi.ps.201600257.INCIDENCE
5. KESSLER1 RC, ANGERMEYER2 M, , JAMES C. ANTHONY3 , RON DE GRAAF4 , KOEN DEMYTTENAERE5 IG, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization ' s. *World Psychiatry* 2007;6:168-176). 2007;6(October):168-176.
6. McCabe SE, West BT, Strobbe S, Boyd CJ. Persistence/recurrence of and remission from DSM-5 substance use disorders in the United States: Substance-specific and substance-aggregated correlates. *J Subst Abuse Treat.* 2018;93(January):38-48. doi:10.1016/j.jsat.2018.07.012
7. Verduijn J, Verhoeven JE, Milaneschi Y, et al. Reconsidering the prognosis of major depressive disorder across diagnostic boundaries: Full recovery is the exception rather than the rule. *BMC Med.* 2017;15(1):1-9. doi:10.1186/s12916-017-0972-8
8. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. 4th, text ed. Washington, DC: Author; 2000.
9. Hetrick SE, Cox GR, Witt KG, Bir JJ, Merry SN. Cognitive behavioural therapy (CBT), third-wave CBT and interpersonal therapy (IPT) based interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(8). doi:10.1002/14651858.CD003380.pub4
10. Caldwell DM, Davies SR, Hetrick SE, et al. School-based interventions to prevent anxiety and depression in children and young people: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry.* 2019;6(12):1011-1020. doi:10.1016/S2215-0366(19)30403-1
11. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL, Newby JM, Christensen H. School-based depression and anxiety prevention programs for young people: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2017;51:30-47. doi:10.1016/j.cpr.2016.10.005
12. Feiss R, Dolinger SB, Merritt M, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of School-Based Stress, Anxiety, and Depression Prevention Programs for Adolescents. *J Youth Adolesc.* 2019;48(9):1668-1685. doi:10.1007/s10964-019-01085-0
13. Clarke AM, Kuosmanen T, Barry MM. A Systematic Review of Online Youth Mental Health

- Promotion and Prevention Interventions. *J Youth Adolesc.* 2014;44(1):90-113. doi:10.1007/s10964-014-0165-0
14. Richardson T, Stallard P, Velleman S. Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: A systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2010;13(3):275-290. doi:10.1007/s10567-010-0069-9
 15. Christensen H, Pallister E, Smale S, Hickie IB, Calear AL. Community-based prevention programs for anxiety and depression in youth: A systematic review. *J Prim Prev.* 2010;31(3):139-170. doi:10.1007/s10935-010-0214-8
 16. Buchanan JL. Prevention of Depression in the College Student Population: A Review of the Literature. *Arch Psychiatr Nurs.* 2012;26(1):21-42. doi:10.1016/j.apnu.2011.03.003
 17. Brown CH, Brincks A, Huang S, et al. Two-Year Impact of Prevention Programs on Adolescent Depression: an Integrative Data Analysis Approach. *Prev Sci.* 2018;19:74-94. doi:10.1007/s11121-016-0737-1
 18. Pascoe MC, Parker AG. Physical activity and exercise as a universal depression prevention in young people: A narrative review. *Early Interv Psychiatry.* 2019;13(4):733-739. doi:10.1111/eip.12737
 19. Larun L, Nordheim L V., Ekland E, Hagen KB, Heian F. Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006. doi:10.1002/14651858.cd004691.pub2
 20. Khoury B, Sharma M, Rush SE, Fournier C. Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: A meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2015;78(6):519-528. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.03.009
 21. Lin J, Chadi N, Shrier L. Mindfulness-based interventions for adolescent health. *Curr Opin Pediatr.* 2019;31(4):469-475. doi:10.1097/MOP.0000000000000760
 22. Chi X, Bo A, Liu T, Zhang P, Chi I. Effects of mindfulness-based stress reduction on depression in adolescents and young adults: A systematic review and meta-analysis. *Front Psychol.* 2018;9(JUN):1-11. doi:10.3389/fpsyg.2018.01034
 23. Blake MJ, Allen NB. Prevention of internalizing disorders and suicide via adolescent sleep interventions. *Curr Opin Psychol.* 2020;34:37-42. doi:10.1016/j.copsyc.2019.08.027
 24. Yap MBH, Morgan AJ, Cairns K, Jorm AF, Hetrick SE, Merry S. Parents in prevention: A meta-analysis of randomized controlled trials of parenting interventions to prevent internalizing problems in children from birth to age 18. *Clin Psychol Rev.* 2016;50:138-158. doi:10.1016/j.cpr.2016.10.003
 25. Gillham J, Reivich K, Jaycox L. The Penn Resiliency Program. 2008.
 26. Brunwasser SM, Gillham JE, Kim ES. A Meta-Analytic Review of the Penn Resiliency Program's Effect on Depressive Symptoms. *J Consult Clin Psychol.* 2009;77(6):1042-1054. doi:10.1037/a0017671
 27. Gillham JE, Reivich KJ, Brunwasser SM, et al. Evaluation of a group cognitive-behavioral depression prevention program for young adolescents: A randomized effectiveness trial. *J Clin Child Adolesc Psychol Adolesc Psychol.* 2012;41(5):621-639.

28. Brent DA, Brunwasser SM, Hollon SD, et al. Effect of a cognitive-behavioral prevention program on depression 6 years after implementation among at-risk adolescents: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(11):1110-1118. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1559
29. Rohde P, Brière FN, Stice E. Major depression prevention effects for a cognitive-behavioral adolescent indicated prevention group intervention across four trials. *Behav Res Ther*. 2018;100(May 2017):1-6. doi:10.1016/j.brat.2017.10.013
30. Wijnhoven LAMW, Creemers DHM, Vermulst AA, Scholte RHJ, Engels RCME. Randomized controlled trial testing the effectiveness of a depression prevention program ('op volle kracht') among adolescent girls with elevated depressive symptoms. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42(2):217-228. doi:10.1007/s10802-013-9773-5
31. De Jonge-Heesen KWJ, Rasing SPA, Vermulst AA, et al. Randomized control trial testing the effectiveness of implemented depression prevention in high-risk adolescents. *BMC Med*. 2020;18(1):1-13. doi:10.1186/s12916-020-01656-0
32. Tak YR, Lichtwarck-Aschoff A, Gillham JE, Van Zundert RMP, Engels RCME. Universal School-Based Depression Prevention 'Op Volle Kracht': a Longitudinal Cluster Randomized Controlled Trial. *J Abnorm Child Psychol*. 2016;44(5):949-961. doi:10.1007/s10802-015-0080-1
33. Kindt KCM, Kleinjan M, Janssens JMAM, Scholte RHJ. Evaluation of a school-based depression prevention program among adolescents from low-income areas: A randomized controlled effectiveness trial. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(5):5273-5293. doi:10.3390/ijerph110505273
34. Rasing SPA, Creemers DHM, Vermulst AA, Janssens JMAM, Engels RCME, Scholte RHJ. Outcomes of a randomized controlled trial on the effectiveness of depression and anxiety prevention for adolescents with a high familial risk. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(7). doi:10.3390/ijerph15071457
35. Taal B, Wierenga M, Stapersma L, Legerstee J, Kusters M, Utens E. *VRIENDEN - Beschrijving En Onderbouwing*. Utrecht; 2018. www.nji.nl/jeugdinterventies.
36. O'Kearney R, Gibson M, Christensen H, Griffiths KM. Effects of a cognitive-behavioural Internet program on depression, vulnerability to depression and stigma in adolescent males: A school-based controlled trial. *Cogn Behav Ther*. 2006;35(1):43-54. doi:10.1080/16506070500303456
37. Calcar AL, Christensen H, Mackinnon A, Griffiths KM, O'Kearney R. The YouthMood Project: a cluster randomized controlled trial of an online cognitive behavioral program with adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(6):1021-1032.
38. O'Kearney R, Kang K, Christensen H, Griffiths K. A controlled trial of a school-based internet program for reducing depressive symptoms in adolescent girls. *Depress Anxiety*. 2009;26(1):65-72. doi:10.1002/da.20507
39. Lillenvoll KR, Vangberg HCB, Griffiths KM, Waterloo K, Eisemann MR. Uptake and adherence of a self-directed internet-based mental health intervention with tailored e-mail reminders in senior high schools in Norway. *BMC Psychiatry*. 2014;14(1):1-11. doi:10.1186/1471-244X-14-14
40. Lintvedt OK, Griffiths KM, Sørensen K, et al. Evaluating the effectiveness and efficacy of unguided internet-based self-help intervention for the prevention of depression: A randomized

- controlled trial. *Clin Psychol Psychother.* 2013;20(1):10-27. doi:10.1002/cpp.770
41. Bolinski F, Kleiboer A, Karyotaki E, et al. Effectiveness of a transdiagnostic individually tailored Internet-based and mobile-supported intervention for the indicated prevention of depression and anxiety (ICare Prevent) in Dutch college students: Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials.* 2018;19(1):1-13. doi:10.1186/s13063-018-2477-y
 42. Horowitz JL, Garber J, Ciesla JA, Young JF, Mufson L. Prevention of depressive symptoms in adolescents: a randomized trial of cognitive-behavioral and interpersonal prevention programs. *J Consult Clin Psychol.* 2007;75(5):693-706.
 43. Young JF, Mufson L, Gallop R. Preventing depression: a randomised trial of interpersonal psychotherapy-adolescent skills training. *Depress Anxiety.* 2010;27(5):426-433. doi:10.1002/da.20664.PREVENTING
 44. Young JF, Jones JD, Sbrilli MD, et al. Long-Term Effects from a School-Based Trial Comparing Interpersonal Psychotherapy-Adolescent Skills Training to Group Counseling. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2019;48(S1):362-370.
 45. van Voorhees B, Gladstone TRG, Sobowale K, et al. 24-Month outcomes of primary care web-based depression prevention intervention in adolescents: Randomized clinical trial. *J Med Internet Res.* 2020;22(10). doi:10.2196/16802
 46. Gladstone T, Terrizzi D, Stinson A, et al. Effect of Internet-based Cognitive Behavioral Humanistic and Interpersonal Training vs. Internet-based General Health Education on Adolescent Depression in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw open.* 2018;1(7):1-15. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.4278
 47. Perry Y, Werner-Seidler A, Calear A, et al. Preventing depression in final year secondary students: School-based randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2017;19(11). doi:10.2196/jmir.8241
 48. Poppelaars M, Tak YR, Lichtwarck-Aschoff A, et al. A randomized controlled trial comparing two cognitive-behavioral programs for adolescent girls with subclinical depression: A school-based program (Op Volle Kracht) and a computerized program (SPARX). *Behav Res Ther.* 2016;80:33-42. doi:10.1016/j.brat.2016.03.005
 49. Topper M, Emmelkamp PMG, Watkins E, Ehring T. Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: A randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* 2017;90:123-136. doi:10.1016/j.brat.2016.12.015
 50. Cook L, Mostazir M, Watkins E. Reducing stress and preventing depression (RESPOND): Randomized controlled trial of web-based rumination-focused cognitive behavioral therapy for high-ruminating university students. *J Med Internet Res.* 2019;21(5):1-18. doi:10.2196/11349
 51. Cukrowicz KC, Joiner TE. Computer-based intervention for anxious and depressive symptoms in a non-clinical population. *Cognit Ther Res.* 2007;31(5):677-693. doi:10.1007/s10608-006-9094-x
 52. van der Zanden R, Bolier L. *Grip Op Je Dip Online - Beschrijving En Onderbouwing.* Utrecht; 2015. www.nji.nl/jeugdinterventies.
 53. Van Der Zanden R, Kramer J, Gerrits R, Cuijpers P. Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: A randomized trial. *J Med Internet Res.* 2012;14(3):1-14. doi:10.2196/jmir.2033

54. Nederlands Jeugdinstituut. Happyless - beschrijving en onderbouwing. 2014:1-24. www.nji.nl/jeugdinterventies.
55. Edalati H, Conrod PJ. A review of personality-targeted interventions for prevention of substance misuse and related harm in community samples of adolescents. *Front Psychiatry*. 2019;10(JAN):1-9. doi:10.3389/fpsy.2018.00770
56. Castellanos N, Conrod P. Brief interventions targeting personality risk factors for adolescent substance misuse reduce depression, panic and risk-taking behaviours. *J Ment Heal*. 2006;15(6):645-658. doi:10.1080/09638230600998912
57. O'Leary-Barrett M, Topper L, Al-Khudhairy N, et al. Two-year impact of personality-targeted, teacher-delivered interventions on youth internalizing and externalizing problems: A cluster-randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013;52(9):911-920. doi:10.1016/j.jaac.2013.05.020
58. Goossens FX, Lammers J, Onrust SA, Conrod PJ, de Castro BO, Monshouwer K. Effectiveness of a brief school-based intervention on depression, anxiety, hyperactivity, and delinquency: a cluster randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25(6):639-648. doi:10.1007/s00787-015-0781-6
59. Beelen H. *PratenOnline - Beschrijving En Onderbouwing*. Utrecht; 2017. www.nji.nl/jeugdinterventies.
60. Kramer J, Conijn B, Oijevaar P, Riper H. Effectiveness of a web-based solution-focused brief chat treatment for depressed adolescents and young adults: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2014;16(5):1-11. doi:10.2196/jmir.3261
61. Melnyk BM, Jacobson D, Kelly SA, et al. Twelve-Month Effects of the COPE Healthy Lifestyles TEEN Program on Overweight and Depressive Symptoms in High School Adolescents. *J Sch Health*. 2015;85(12):861-870. doi:10.1111/josh.12342
62. Berger BG, Friedman E, Eaton M. Comparison of Jogging, the Relaxation Response, and Group Interaction for Stress Reduction. *J Sport Exerc Psychol*. 1988;10:431-447.
63. Coll C de VN, Domingues MR, Stein A, et al. Efficacy of Regular Exercise During Pregnancy on the Prevention of Postpartum Depression: The PAMELA Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw open*. 2019;2(1):e186861. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.6861
64. Kiecolt-Glaser JK, Belury MA, Andridge R, Malarkey WB, Glaser R. Omega-3 supplementation lowers inflammation and anxiety in medical students: A randomized controlled trial. *Brain Behav Immun*. 2011;25(8):1725-1734. doi:10.1016/j.bbi.2011.07.229
65. Sharpley AL, Hockney R, McPeake L, Geddes JR, Cowen PJ. Folic acid supplementation for prevention of mood disorders in young people at familial risk: A randomised, double blind, placebo controlled trial. *J Affect Disord*. 2014;167:306-311. doi:10.1016/j.jad.2014.06.011
66. Bot M, Brouwer IA, Roca M, et al. Effect of Multinutrient Supplementation and Food-Related Behavioral Activation Therapy on Prevention of Major Depressive Disorder among Overweight or Obese Adults with Subsyndromal Depressive Symptoms: The MooDFOOD Randomized Clinical Trial. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2019;321(9):858-868. doi:10.1001/jama.2019.0556
67. Sánchez-Villegas A, Martínez-González MA, Estruch R, et al. Mediterranean dietary pattern and

- depression: The PREDIMED randomized trial. *BMC Med.* 2013;11(1). doi:10.1186/1741-7015-11-208
68. Lovato N, Gradisar M. A meta-analysis and model of the relationship between sleep and depression in adolescents: Recommendations for future research and clinical practice. *Sleep Med Rev.* 2014;18(6):521-529. doi:10.1016/j.smrv.2014.03.006
 69. Blake M, Waloszek JM, Schwartz O, et al. The SENSE Study: Post Intervention Effects of a Randomized Controlled Trial of a Cognitive-Behavioral and Mindfulness-Based Group Sleep Improvement Intervention among At-Risk Adolescents. *J Consult Clin Psychol.* 2016;84(12):1039-1051. doi:10.1037/ccp0000142
 70. Blake MJ, Snoep L, Raniti M, et al. A cognitive-behavioral and mindfulness-based group sleep intervention improves behavior problems in at-risk adolescents by improving perceived sleep quality. *Behav Res Ther.* 2017;99(September):147-156. doi:10.1016/j.brat.2017.10.006
 71. de Bruin EJ, Bögels SM, Oort FJ, Meijer AM. Improvements of adolescent psychopathology after insomnia treatment: results from a randomized controlled trial over 1 year. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2018;59(5):509-522. doi:10.1111/jcpp.12834
 72. Christensen H, Batterham PJ, Gosling JA, et al. Effectiveness of an online insomnia program (SHUTi) for prevention of depressive episodes (the GoodNight Study): A randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry.* 2016;3(4):333-341. doi:10.1016/S2215-0366(15)00536-2
 73. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry.* 1982;4:33-47. doi:10.1016/0163-8343(82)90026-3
 74. Kallapiran K, Koo S, Kirubakaran R, Hancock K. Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: A meta-analysis. *Child Adolesc Ment Health.* 2015;20(4):182-194. doi:10.1111/camh.12113
 75. Barry KM, Woods M, Martin A, Stirling C, Warnecke E. A randomized controlled trial of the effects of mindfulness practice on doctoral candidate psychological status. *J Am Coll Heal.* 2019;67(4):299-307. doi:10.1080/07448481.2018.1515760
 76. Jimenez S. The role of self-acceptance, negative mood regulation, and ruminative brooding on mindfulness and depressive symptoms: A longitudinal, randomized controlled trial of mindfulness meditation vs. relaxation training. *ETD Collect Univ Connect.* 2008.
 77. Hazlett-Stevens H, Oren Y. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Bibliotherapy: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychol.* 2017;73(6):626-637. doi:10.1002/jclp.22370
 78. El Morr C, Ritvo P, Ahmad F, Moineddin R. Effectiveness of an 8-Week Web-Based Mindfulness Virtual Community Intervention for University Students on Symptoms of Stress, Anxiety, and Depression: Randomized Controlled Trial. *JMIR Ment Heal.* 2020;7(7):e18595. doi:10.2196/18595
 79. Raes F, Griffith JW, Van der Gucht K, Williams JMG. School-Based prevention and reduction of depression in adolescents: A cluster-randomized controlled trial of a mindfulness group program. *Mindfulness (N Y).* 2014;5(5):477-486. doi:10.1007/s12671-013-0202-1

80. Johnson C, Wade T. Piloting a more intensive 8-week mindfulness programme in early- and mid-adolescent school students. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(6):1495-1502. doi:10.1111/eip.12801
81. Johnson C, Burke C, Brinkman S, Wade T. Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behav Res Ther*. 2016;81:1-11. doi:10.1016/j.brat.2016.03.002
82. Kuyken W, Nuthall E, Byford S, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of a mindfulness training programme in schools compared with normal school provision (MYRIAD): Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2017;18(1):1-17. doi:10.1186/s13063-017-1917-4
83. Dvořáková K, Kishida M, Li J, et al. Promoting healthy transition to college through mindfulness training with first-year college students: Pilot randomized controlled trial. *J Am Coll Heal*. 2017;65(4):259-267. doi:10.1080/07448481.2017.1278605
84. Danitz SB, Suvak MK, Orsillo SM. The Mindful Way Through the Semester: Evaluating the Impact of Integrating an Acceptance-Based Behavioral Program Into a First-Year Experience Course for Undergraduates. *Behav Ther*. 2016;47(4):487-499. doi:10.1016/j.beth.2016.03.002
85. Beardslee WR, Gladstone TRG, Wright EJ, Cooper AB. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*. 2003;112(2). doi:10.1542/peds.112.2.e119
86. Moran Etter E. Longitudinal effects of improving inter-parental relationships in low-income couples: Child outcomes. *Diss Abstr Int Sect B Sci Eng*. 2013;75(1-B(E)):No-Specified. http://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&res_dat=xri:pqm&rft_dat=xri:pqdiss:3597972%5Chttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc11&NEWS=N&AN=2014-99141-057.
87. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Nine-year follow-up of a home-visitation program: A randomized trial. *Pediatrics*. 2013;131(2):297-303. doi:10.1542/peds.2012-1612
88. Rotheram-Borus MJ, Lee MB, Gwadz M, Draimin B. An intervention for parents with AIDS and their adolescent children. *Am J Public Health*. 2001;91(8):1294-1302. doi:10.2105/AJPH.91.8.1294
89. Solantaus T, Toikka S, Alasuutari M, Beardslee WR, Paavonen EJ. Safety, Feasibility and Family Experiences of Preventive Interventions for Children and Families with Parental Depression. *Int J Ment Health Promot*. 2009;11(4):15-24. doi:10.1080/14623730.2009.9721796
90. Yap MBH, Cardamone-Breen MC, Rapee RM, et al. Medium-term effects of a tailored web-based parenting intervention to reduce adolescent risk of depression and anxiety: 12-month findings from a randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2019;21(8). doi:10.2196/13628
91. Cardamone-Breen MC, Jorm AF, Lawrence KA, Rapee RM, Mackinnon AJ, Yap MBH. A single-session, web-based parenting intervention to prevent adolescent depression and anxiety disorders: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2018;20(4). doi:10.2196/jmir.9499
92. Compas BE, Forehand R, Keller G, et al. Randomized Controlled Trial of a Family Cognitive-

- Behavioral Preventive Intervention for Children of Depressed Parents. *J Consult Clin Psychol*. 2009;77(6).
93. Nederlands Jeugdinstituut. *KopOpOuders - Beschrijving En Onderbouwing*. Utrecht; 2020. www.nji.nl/jeugdinterventies.
 94. Van Der Zanden RAP, Speetjens PAM, Arntz KSE, Onrust SA. Online group course for parents with mental illness: Development and pilot study. *J Med Internet Res*. 2010;12(5). doi:10.2196/jmir.1394
 95. Jansen L, van der Zanden R. *Evaluatierapport KopOpOuders Zelfhulp 2012-2015*.; 2015.
 96. Geisner IM, Neighbors C, Larimer ME. A randomized clinical trial of a brief, mailed intervention for symptoms of depression. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(2):393-399. doi:10.1037/0022-006X.74.2.393
 97. Ali K, Farrer L, Gulliver A, Griffiths KM. Online Peer-to-Peer Support for Young People With Mental Health Problems: A Systematic Review. *JMIR Ment Heal*. 2015;2(2):e19. doi:10.2196/mental.4418
 98. Ellis LA, Campbell AJ, Suvena S, O'Dea B. Comparative randomized trial of an online cognitive-behavioral therapy program and an online support group for depression and anxiety. *J Cybertherapy Rehabil*. 2011;4(4):461-467.
 99. Horgan A, McCarthy G, Sweeney J. An Evaluation of an Online Peer Support Forum for University Students With Depressive Symptoms. *Arch Psychiatr Nurs*. 2013;27(2):84-89. doi:10.1016/j.apnu.2012.12.005
 100. Kauer SD, Reid SC, Crooke AHD, et al. Self-monitoring using mobile phones in the early stages of adolescent depression: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2012;14(3):1-17. doi:10.2196/jmir.1858
 101. Braithwaite SR, Fincham FD. A Randomized Clinical Trial of a Computer Based Preventive Intervention: Replication and Extension of ePREP. *J Fam Psychol*. 2009;23(1):32-38. doi:10.1037/a0014061
 102. Rombouts M, Van Dorsselaer S, Scheffers-van Schaijck T, Tuithof M, Kleinjan M, Monshouwer K. *Jeugd En Riskant Gedrag 2019*.; 2020.
 103. Hodder RK, Freund M, Wolfenden L, et al. Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis. *Prev Med (Baltim)*. 2017;100:248-268. doi:10.1016/j.ypmed.2017.04.003
 104. Kempf C, Llorca PM, Pizon F, Brousse G, Flaudias V. What's new in addiction prevention in young people: A literature review of the last years of research. *Front Psychol*. 2017;8(JUL):1-16. doi:10.3389/fpsyg.2017.01131
 105. Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs use: A systematic review. *Prev Med (Baltim)*. 2008;46(5):385-396. doi:10.1016/j.ypmed.2007.11.012
 106. Tremblay M, Baydala L, Khan M, et al. Primary substance use prevention programs for children and youth: A systematic review. *Pediatrics*. 2020;146(3). doi:10.1542/PEDS.2019-2747
 107. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in

- young people. *Evidence-Based Child Heal.* 2012;7(2):450-575. doi:10.1002/ebch.1829
108. Foxcroft DR, Coombes L, Wood S, Allen D, Almeida Santimano NML, Moreira MT. Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(7). doi:10.1002/14651858.CD007025.pub4
 109. Foxcroft DR, Moreira MT, Almeida Santimano NML, Smith LA. Social norms information for alcohol misuse in university and college students. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(12). doi:10.1002/14651858.CD006748.pub4
 110. Dotson KB, Dunn ME, Bowers CA. Stand-alone personalized normative feedback for college student drinkers: A meta-analytic review, 2004 to 2014. *PLoS One.* 2015;10(10):1-17. doi:10.1371/journal.pone.0139518
 111. Patton R, Deluca P, Kaner E, Newbury-Birch D, Phillips T, Drummond C. Alcohol screening and brief intervention for adolescents: The how, what and where of reducing alcohol consumption and related harm among young people. *Alcohol Alcohol.* 2014;49(2):207-212. doi:10.1093/alcalc/agt165
 112. Carney T, Myers BJ, Louw J, Okwundu CI. Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;2016(1). doi:10.1002/14651858.CD008969.pub3
 113. Kuntsche S, Kuntsche E. Parent-based interventions for preventing or reducing adolescent substance use - A systematic literature review. *Clin Psychol Rev.* 2016;45:89-101. doi:10.1016/j.cpr.2016.02.004
 114. Allen ML, Garcia-Huidobro D, Porta C, et al. Effective parenting interventions to reduce youth substance use: A systematic review. *Pediatrics.* 2016;138(2). doi:10.1542/peds.2015-4425
 115. Trudeau L, Spoth R, Lillehoj C, Redmond C, Wickrama KAS. Effects of a preventive intervention on adolescent substance use initiation, expectancies, and refusal intentions. *Prev Sci.* 2003;4(2):109-122. doi:10.1023/A:1022926332514
 116. Spoth RL, Randall GK, Trudeau L, Shin C, Redmond C. Substance use outcomes 5 1/2 years past baseline for partnership-based, family-school preventive interventions. *Drug Alcohol Depend.* 2008;96(1-2):57-68. doi:10.1016/j.drugalcdep.2008.01.023
 117. Spoth RL, Trudeau L, Redmond C, Shin C. Replication RCT of Early Universal Prevention Effects on Young Adult Substance Misuse. *J Consult Clin Psychol.* 2014;82(6):949-963.
 118. Wenzel V, Weichold K, Silbereisen RK. The life skills program IPSY: Positive influences on school bonding and prevention of substance misuse. *J Adolesc.* 2009;32(6):1391-1401. doi:10.1016/j.adolescence.2009.05.008
 119. Velasco V, Griffin KW, Botvin GJ, et al. Preventing Adolescent Substance Use Through an Evidence-Based Program: Effects of the Italian Adaptation of Life Skills Training. *Prev Sci.* 2017;18(4):394-405. doi:10.1007/s11121-017-0776-2
 120. Luna-Adame M, Carrasco-Giménez TJ, Del Mar Rueda-García M. Evaluation of the effectiveness of a smoking prevention program based on the “Life Skills Training” approach. *Health Educ Res.* 2013;28(4):673-682. doi:10.1093/her/cyt061
 121. Menrath I, Mueller-Godeffroy E, Pruessmann C, et al. Evaluation of school-based life skills

- programmes in a high-risk sample: A controlled longitudinal multi-centre study. *J Public Heal.* 2012;20(2):159-170. doi:10.1007/s10389-011-0468-5
122. Gosin M. Tailored To the Strengths and Needs of Pre-Adolescents of the Southwest. 2003;33(2):119-142.
 123. Kulis S, Nieri T, Yabiku S, Stromwall LK, Marsiglia FF. Promoting reduced and discontinued substance use among adolescent substance users: Effectiveness of a universal prevention program. *Prev Sci.* 2007;8(1):35-49. doi:10.1007/s11121-006-0052-3
 124. Hecht M, Marsiglia FF, Elek E, et al. Culturally Grounded Substance Use Prevention: An Evaluation of the keepin' it R.E.A.L. Curriculum. *Prev Sci.* 2003;4(4).
 125. St. Pierre TL, Osgood DW, Mincemoyer CC, Kaltreider DL, Kauh TJ. Results of an independent evaluation of Project ALERT delivered in schools by cooperative extension. *Prev Sci.* 2005;6(4):305-317. doi:10.1007/s11121-005-0015-0
 126. Longshore D, Ghosh-Dastidar B, Ellickson PL. National Youth Anti-Drug Media Campaign and school-based drug prevention: Evidence for a synergistic effect in ALERT Plus. *Addict Behav.* 2006;31(3):496-508. doi:10.1016/j.addbeh.2005.05.032
 127. Ringwalt CL, Clark HK, Hanley S, Shamblen SR, Flewelling RL. Project ALERT. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163(7):625. doi:10.1001/archpediatrics.2009.88
 128. Ringwalt CL, Clark HK, Hanley S, Shamblen SR, Flewelling RL. The effects of project ALERT one year past curriculum completion. *Prev Sci.* 2010;11(2):172-184. doi:10.1007/s11121-009-0163-8
 129. Ellickson PL, McCaffrey DF, Ghosh-Dastidar B, Longshore DL. New Inroads in Preventing Adolescent Drug Use: Results from a Large-Scale Trial of Project ALERT in Middle Schools. *Am J Public Health.* 2003;93(11):1830-1836. doi:10.2105/AJPH.93.11.1830
 130. Sussman S, Sun P, Rohrbach LA, Spruijt-Metz D. One-year outcomes of a drug abuse prevention program for older teens and emerging adults: Evaluating a motivational interviewing booster component. *Heal Psychol.* 2012;31(4):476-485.
 131. Gorman DM. Is Project Towards No Drug Abuse (Project TND) an evidence-based drug and violence prevention program? A review and reappraisal of the evaluation studies. *J Prim Prev.* 2014;35(4):217-232. doi:10.1007/s10935-014-0348-1
 132. Sussman S, Valente TW, Rohrbach LA, Dent CW, Sun P. Commentary - Project towards no drug abuse: An evidence-based drug abuse prevention program. *J Prim Prev.* 2014;35(4):233-237. doi:10.1007/s10935-014-0353-4
 133. Sloboda Z, Stephens RC, Stephens PC, et al. The Adolescent Substance Abuse Prevention Study: A randomized field trial of a universal substance abuse prevention program. *Drug Alcohol Depend.* 2009;102(1-3):1-10. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.01.015
 134. D'Amico EJ, Tucker JS, Miles JNV, Zhou AJ, Shih RA, Green HD. Preventing Alcohol Use with a Voluntary After-School Program for Middle School Students: Results from a Cluster Randomized Controlled Trial of CHOICE. *Prev Sci.* 2012;13(4):415-425. doi:10.1007/s11121-011-0269-7
 135. Schwinn TM, Schinke SP, Hopkins J, Keller B, Liu X. An Online Drug Abuse Prevention Program

- for Adolescent Girls: Posttest and 1-Year Outcomes. *J Youth Adolesc.* 2018;47(3):490-500. doi:10.1007/s10964-017-0714-4
136. Gravestijn C, Diekstra R. *Levensvaardigheden - Beschrijving En Onderbouwing.*; 2017. www.nji.nl/jeugdinterventies.
 137. Gravestijn C, Diekstra RFW, Wilde EJ de, Koren E. Effecten van 'Levensvaardigheden.' *Kind en Adolesc.* 2004;25(4):169-177. doi:10.1007/bf03060925
 138. Pannebakker FD, van Genugten L, Diekstra RFW, et al. A Social Gradient in the Effects of the Skills for Life Program on Self-Efficacy and Mental Wellbeing of Adolescent Students. *J Sch Health.* 2019;89(7):587-595. doi:10.1111/josh.12779
 139. Vigna-Taglianti FD, Galanti MR osari., Burkhart G, Caria MP aol., Vadrucci S, Faggiano F. "Unplugged," a European school-based program for substance use prevention among adolescents: overview of results from the EU-Dap trial. *New Dir Youth Dev.* 2014;2014(141):67-82. doi:10.1002/yd.20087
 140. Caria MP, Faggiano F, Bellocco R, Galanti MR. Effects of a school-based prevention program on European adolescents' patterns of alcohol use. *J Adolesc Heal.* 2011;48(2):182-188. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.06.003
 141. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Burkhart G, et al. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-Month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend.* 2010;108(1-2):56-64. doi:10.1016/j.drugalcdep.2009.11.018
 142. Gabrhelik R, Duncan A, Miovsky M, Furr-Holden CDM, Stastna L, Jurystova L. "Unplugged": A school-based randomized control trial to prevent and reduce adolescent substance use in the Czech Republic. *Drug Alcohol Depend.* 2012;124(1-2):79-87. doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.12.010
 143. Midford R, Ramsden R, Lester L, et al. Alcohol prevention and school students: Findings from an Australian 2-year trial of integrated harm minimization school drug education. *J Drug Educ.* 2014;44(3-4):71-94. doi:10.1177/0047237915579886
 144. Harrington NG, Giles SM, Hoyle RH, Feeney GJ, Yungbluth SC. Evaluation of the all stars character education and problem behavior prevention program: Effects on mediator and outcome variables for middle school students. *Heal Educ Behav.* 2001;28(5):533-546. doi:10.1177/109019810102800502
 145. Hansen WB, Dusenbury L. All Stars Plus: A competence and motivation enhancement approach to prevention. *Health Educ.* 2004;104(6):371-381. doi:10.1108/09654280410564141
 146. Conrod PJ, O'Leary-Barrett M, Newton N, et al. Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention program for adolescent alcohol use and misuse: A cluster randomized controlled trial. *JAMA Psychiatry.* 2013;70(3):334-342. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.651
 147. Conrod PJ, Castellanos-Ryan N, Strang J. Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. *Arch Gen Psychiatry.* 2010;67(1):85-93. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.173
 148. Lammers J, Goossens F, Conrod P, Engels R, Wiers RW, Kleinjan M. Effectiveness of a selective intervention program targeting personality risk factors for alcohol misuse among young adolescents: Results of a cluster randomized controlled trial. *Addiction.* 2015;110(7):1101-1109.

doi:10.1111/add.12952

149. Newton NC, Andrews G, Teesson M, Vogl LE. Delivering prevention for alcohol and cannabis using the internet : A cluster randomised controlled trial. *Prev Med (Baltim)*. 2009;48(6):579-584. doi:10.1016/j.ypmed.2009.04.009
150. Newton NC, Teesson M, Vogl LE, Andrews G. Internet-based prevention for alcohol and cannabis use: Final results of the Climate Schools course. *Addiction*. 2010;105(4):749-759. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02853.x
151. Champion KE, Newton NC, Stapinski L, Slade T, Barrett EL, Teesson M. A cross-validation trial of an Internet-based prevention program for alcohol and cannabis: Preliminary results from a cluster randomised controlled trial. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016;50(1):64-73. doi:10.1177/0004867415577435
152. Vogl L, Teesson M, Andrews G, Bird K, Steadman B, Dillon P. A computerized harm minimization prevention program for alcohol misuse and related harms: Randomized controlled trial. *Addiction*. 2009;104(4):564-575. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02510.x
153. Slade T, Newton NC, Mather M, et al. The long-term effectiveness of universal, selective and combined prevention for alcohol use during adolescence: 36-month outcomes from a cluster randomized controlled trial. *Addiction*. 2020;(June). doi:10.1111/add.15178
154. McCambridge J, Slym RL, Strang J. Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users. *Addiction*. 2008;103(11):1809-1818. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02331.x
155. Halladay J, Scherer J, MacKillop J, et al. Brief interventions for cannabis use in emerging adults: A systematic review, meta-analysis, and evidence map. *Drug Alcohol Depend*. 2019;204:1-9. doi:10.1016/j.drugalcdep.2019.107565
156. Clinton-Sherrod M, Morgan-Lopez AA, Brown JM, McMillen BA, Cowell A. Incapacitated sexual violence involving alcohol among college women: The impact of a brief drinking intervention. *Violence Against Women*. 2011;17(1):135-154. doi:10.1177/1077801210394272
157. Gmel G, Gaume J, Bertholet N, Flückiger J, Daeppen JB. Effectiveness of a brief integrative multiple substance use intervention among young men with and without booster sessions. *J Subst Abuse Treat*. 2013;44(2):231-240. doi:10.1016/j.jsat.2012.07.005
158. McCambridge J, Hunt C, Jenkins RJ, Strang J. Cluster randomised trial of the effectiveness of Motivational Interviewing for universal prevention. *Drug Alcohol Depend*. 2011;114(2-3):177-184. doi:10.1016/j.drugalcdep.2010.07.028
159. Bewick BM, Trusler K, Mulhern B, Barkham M, Hill AJ. The feasibility and effectiveness of a web-based personalised feedback and social norms alcohol intervention in UK university students: A randomised control trial. *Addict Behav*. 2008;33(9):1192-1198. doi:10.1016/j.addbeh.2008.05.002
160. Bewick BM, West RM, Barkham M, et al. The effectiveness of a Web-based personalized feedback and social norms alcohol intervention on United Kingdom university students: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2013;15(7). doi:10.2196/jmir.2581
161. Bendtsen P, McCambridge J, Bendtsen M, Karlsson N, Nilsen P. Effectiveness of a proactive mail-

- based alcohol internet intervention for university students: Dismantling the assessment and feedback components in a randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2012;14(5):1-12. doi:10.2196/jmir.2062
162. Moreira MT, Oskrochi R, Foxcroft DR. Personalised Normative Feedback for Preventing Alcohol Misuse in University Students: Solomon Three-Group Randomised Controlled Trial. *PLoS One.* 2012;7(9). doi:10.1371/journal.pone.0044120
 163. Bertholet N, Cunningham JA, Faouzi M, et al. Internet-based brief intervention to prevent unhealthy alcohol use among young men: A randomized controlled trial. *PLoS One.* 2015;10(12):1-11. doi:10.1371/journal.pone.0144146
 164. Kypri K, Vater T, Bowe SJ, et al. Europe PMC Funders Group Web-Based Alcohol Screening and Brief Intervention for University Students : 2015;311(12):1218-1224. doi:10.1001/jama.2014.2138.Web-Based
 165. Bannink R, Broeren S, Joosten-Van Zwanenburg E, Van As E, Van De Looij-Jansen P, Raat H. Effectiveness of a web-based tailored intervention (E-health4Uth) and consultation to promote adolescents' health: Randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2014;16(5). doi:10.2196/jmir.3163
 166. Stock C, Vallentin-Holbech L, Rasmussen BM. The GOOD life: Study protocol for a social norms intervention to reduce alcohol and other drug use among Danish adolescents. *BMC Public Health.* 2016;16(1):1-9. doi:10.1186/s12889-016-3333-1
 167. Vallentin-Holbech L, Rasmussen BM, Stock C. Effects of the social norms intervention The GOOD Life on norm perceptions, binge drinking and alcohol-related harms: A cluster-randomised controlled trial. *Prev Med Reports.* 2018;12(June 2018):304-311. doi:10.1016/j.pmedr.2018.10.019
 168. Henslee A, Correia C. The use of freshmen seminar programs to deliver personalized feedback. *J Alcohol Drug Educ.* 2009;53(3):39-52.
 169. Dimeff L, Baer J, Kivlahan D, Marlatt G. *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): A Harm Reduction Approach.* New York: Guilford Press; 1999.
 170. Baer JS, Kivlahan DR, Blume AW, McKnight P, Marlatt GA. Brief intervention for heavy-drinking college students: 4-Year follow-up and natural history. *Am J Public Health.* 2001;91(8):1310-1316. doi:10.2105/AJPH.91.8.1310
 171. Hennessy EA, Tanner-Smith EE, Mavridis D, Grant SP. Comparative effectiveness of brief alcohol interventions for college students: Results from a network meta-analysis. *Prev Sci.* 2019;20(5):715-740.
 172. Wood MD, Capone C, Laforge R, Erickson DJ, Brand NH. Brief motivational intervention and alcohol expectancy challenge with heavy drinking college students: A randomized factorial study. *Addict Behav.* 2007;32(11):2509-2528. doi:10.1016/j.addbeh.2007.06.018
 173. Turrisi R, Larimer ME, Mallett KA, et al. A randomized clinical trial evaluating a combined alcohol intervention for high-risk college students. *J Stud Alcohol Drugs.* 2009;70(4):555-567. doi:10.15288/jsad.2009.70.555
 174. Walker DD, Roffman R, Stephens R, Berghuis J, Kim W. Motivational Enhancement Therapy for

- Adolescent Marijuana Users: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(3):628-632.
175. Walker DD, Stephens R, Roffman R, et al. Randomized controlled trial of motivational enhancement therapy with nontreatment-seeking adolescent cannabis users: A further test of the teen marijuana check-up. *Psychol Addict Behav*. 2011;25(3):474-484. doi:10.1037/a0024076
 176. Martin G, Copeland J. The adolescent cannabis check-up: Randomized trial of a brief intervention for young cannabis users. *J Subst Abuse Treat*. 2008;34(4):407-414. doi:10.1016/j.jsat.2007.07.004
 177. Bransen E. *Wiet-Check - Beschrijving En Onderbouwing*.; 2012.
 178. de Gee EA, Verdurmen JEE, Bransen E, de Jonge JM, Schippers GM. A randomized controlled trial of a brief motivational enhancement for non-treatment-seeking adolescent cannabis users. *J Subst Abuse Treat*. 2014;47(3):181-188. doi:10.1016/j.jsat.2014.05.001
 179. Thush C, Wiers R, Moerbeek M, et al. Influence of Motivational Interviewing on Explicit and Implicit Alcohol-Related Cognition and Alcohol Use in At-Risk Adolescents. *Psychol Addict Behav*. 2009;23(1):146-151.
 180. Lovecchio C, Wyatt T, DeJong W. Reductions in drinking and alcohol-related harms reported by first-year college students taking an online alcohol education course: a randomized trial. *J Health Commun*. 2010;15(7):805-819.
 181. Croom K, Lewis D, Marchell T, et al. Impact of an online alcohol education course on behavior and harm for incoming first-year college students: Short-term evaluation of a randomized trial. *J Am Coll Heal*. 2009;57(4):445-454. doi:10.3200/JACH.57.4.445-454
 182. Paschall M, Antin T, Ringwalt CL, Saltz R. Evaluation of an Internet-Based Alcohol Misuse Prevention Course for College Freshmen Findings of a Randomized Multi-Campus Trial. *Am J Prev Med*. 2011;41(3):300-308. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624763/pdf/nihms412728.pdf>.
 183. Barry AE, Hobbs LA, Haas EJ, Gibson G. Qualitatively Assessing the Experiences of College Students Completing AlcoholEdu: Do Participants Report Altering Behavior after Intervention? *J Health Commun*. 2016;21(3):267-275. doi:10.1080/10810730.2015.1018645
 184. Arnaud N, Baldus C, Elgán TH, et al. Effectiveness of a web-based screening and fully automated brief motivational intervention for adolescent substance use: A randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2016;18(5). doi:10.2196/jmir.4643
 185. Koutakis N, Stattin H, Kerr M. Reducing youth alcohol drinking through a parent-targeted intervention: The Örebro prevention program. *Addiction*. 2008;103(10):1629-1637. doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02326.x
 186. Bodin MC, Strandberg AK. The Örebro prevention programme revisited: A cluster-randomized effectiveness trial of programme effects on youth drinking. *Addiction*. 2011;106(12):2134-2143. doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03540.x
 187. Tael-Öeren M, Naughton F, Sutton S. A parent-oriented alcohol prevention program “Effekt” had no impact on adolescents’ alcohol use: Findings from a cluster-randomized controlled trial in Estonia. *Drug Alcohol Depend*. 2019;194(August 2018):279-287.

doi:10.1016/j.drugalcdep.2018.10.024

188. Koning IM, Vollebergh WAM, Smit F, et al. Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): Cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously. *Addiction*. 2009;104(10):1669-1678. doi:10.1111/j.1360-0443.2009.02677.x
189. Koning IM, Van Den Eijnden RJ, Verdurmen JE, Engels RC, Vollebergh WA. Long-term effects of a parent and student intervention on alcohol use in adolescents: A cluster randomized controlled trial. *Am J Prev Med*. 2011;40(5):541-547. doi:10.1016/j.amepre.2010.12.030
190. Koning IM, van den Eijnden RJJM, Verdurmen JEE, Engels RCME, Vollebergh WAM. A cluster randomized trial on the effects of a parent and student intervention on alcohol use in adolescents four years after baseline; no evidence of catching-up behavior. *Addict Behav*. 2013;38(4):2032-2039. doi:10.1016/j.addbeh.2012.12.013
191. Spoth R, Redmond C, Shin C, Azevedo K. Brief family intervention effects on adolescent substance initiation: School-level growth curve analyses 6 years following baseline. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(3):535-542. doi:10.1037/0022-006X.72.3.535
192. Riesch SK, Brown RL, Anderson LS, Wang K, Canty-Mitchell J, Johnson DL. Strengthening families program (10-14): Effects on the family environment. *West J Nurs Res*. 2012;34(3):340-376. doi:10.1177/0193945911399108
193. Skärstrand E, Sundell K, Andréasson S. Evaluation of a Swedish version of the Strengthening Families Programme. *Eur J Public Health*. 2014;24(4):578-584. doi:10.1093/eurpub/ckt146
194. Baldus C, Thomsen M, Sack PM, et al. Evaluation of a German version of the Strengthening Families Programme 10-14: A randomised controlled trial. *Eur J Public Health*. 2016;26(6):953-959. doi:10.1093/eurpub/ckw082
195. Bröning S, Baldus C, Thomsen M, Sack PM, Arnaud N, Thomasius R. Children with Elevated Psychosocial Risk Load Benefit Most from a Family-Based Preventive Intervention: Exploratory Differential Analyses from the German “Strengthening Families Program 10–14” Adaptation Trial. *Prev Sci*. 2017;18(8):932-942. doi:10.1007/s11121-017-0797-x
196. Foxcroft DR, Callen H, Davies EL, Okulicz-Kozaryn K. Effectiveness of the strengthening families programme 10-14 in Poland: Cluster randomized controlled trial. *Eur J Public Health*. 2017;27(3):494-500. doi:10.1093/eurpub/ckw195
197. Haggerty KP, Skinner ML, MacKenzie EP, Catalano RF. A randomized trial of parents who care: Effects on key outcomes at 24-month follow-up. *Prev Sci*. 2007;8(4):249-260. doi:10.1007/s11121-007-0077-2
198. Haggerty KP, Skinner ML, Catalano RF, Abbott RD, Crutchfield RD. Long-Term Effects of Staying Connected with Your Teen® on Drug Use Frequency at Age 20. *Prev Sci*. 2015;16(4):538-549. doi:10.1007/s11121-014-0525-8
199. Connell AM, Dishion TJ, Yasui M, Kavanagh K. An Adaptive Approach to Family Intervention: Linking Engagement in Family-Centered Intervention to Reductions in Adolescent Problem Behavior. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(4):568-579. doi:10.1037/0022-006X.75.4.568
200. Stormshak EA, Fosco GM, Dishion TJ. Implementing Interventions with Families in Schools to Increase Youth School Engagement: The Family Check-Up Model. *School Ment Health*.

- 2010;2(2):82-92. doi:10.1007/s12310-009-9025-6
201. Fosco GM, Frank JL, Stormshak EA, Dishion TJ. Opening the “Black Box”: Family Check-Up intervention effects on self-regulation that prevents growth in problem behavior and substance use. *J Sch Psychol.* 2013;51(4):455-468. doi:10.1016/j.jsp.2013.02.001
 202. Van Ryzin MJ, Stormshak EA, Dishion TJ. Engaging parents in the family check-up in middle school: Longitudinal effects on family conflict and problem behavior through the high school transition. *J Adolesc Heal.* 2012;50(6):627-633. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.10.255
 203. Veronneau M-H, Dishion TJ, Connell AM, Kavanagh K. A Randomized, Controlled Trial of the Family Check-Up Model in Public Secondary Schools: Examining Links between Parent Engagement and Substance Use Progressions From Early Adolescence to Adulthood. *J Consult Clin Psychol.* 2016;84(6):526-543.
 204. Shortt AL, Hutchinson DM, Chapman R, Toumbourou JW. Family, school, peer and individual influences on early adolescent alcohol use: First-year impact of the Resilient Families programme. *Drug Alcohol Rev.* 2007;26(6):625-634. doi:10.1080/09595230701613817
 205. Toumbourou JW, Gregg MED, Shortt AL, Hutchinson DM, Slaviero TM. Reduction of adolescent alcohol use through family-school intervention: A Randomized trial. *J Adolesc Heal.* 2013;53(6):778-784. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.07.005
 206. Byrnes HF, Miller BA, Grube JW, et al. Prevention of Alcohol Use in Older Teens: A Randomized Trial of an Online Family Prevention Program. *Psychol Addict Behav.* 2019;33(1):1-14.
 207. Malmberg M, Kleinjan M, Overbeek G, et al. Substance use outcomes in the Healthy School and Drugs program: Results from a latent growth curve approach. *Addict Behav.* 2015;42:194-202. doi:10.1016/j.addbeh.2014.11.021
 208. Drost RM, Paulus ATG, Jander AF, et al. A web-based computer-tailored alcohol prevention program for adolescents: Cost-Effectiveness and intersectoral costs and benefits. *J Med Internet Res.* 2016;18(4). doi:10.2196/jmir.5223
 209. Werch CE, Bian H, Carlson JM, et al. Brief integrative multiple behavior intervention effects and mediators for adolescents. *J Behav Med.* 2011;34(1):3-12. doi:10.1007/s10865-010-9281-9
 210. Werch C, Moore MJ, DiClemente CC, Bledsoe R, Jobli E. A multihealth behavior intervention integrating physical activity and substance use prevention for adolescents. *Prev Sci.* 2005;6(3):213-226. doi:10.1007/s11121-005-0012-3
 211. Werch CE, Moore MJ, Bian H, et al. Efficacy of a brief image-based multiple-behavior intervention for college students. *Ann Behav Med.* 2008;36(2):149-157. doi:10.1007/s12160-008-9055-6
 212. Webster RA, Hunter M, Keats JA. Evaluating the effects of a peer support programme on adolescents’ knowledges attitudes and use of alcohol and tobacco. *Drug Alcohol Rev.* 2002;21(1):7-16. doi:10.1080/09595230220119282
 213. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. Changes in depression awareness and attitudes in Australia: The impact of beyondblue: The national depression initiative. *Aust N Z J Psychiatry.* 2006;40(1):42-46. doi:10.1111/j.1440-1614.2006.01739.x
 214. O’Dea B, King C, Subotic-Kerry M, et al. Evaluating a web-based mental health service for

- secondary school students in Australia: Protocol for a cluster randomized controlled trial. *JMIR Res Protoc.* 2019;8(5). doi:10.2196/12892
215. Wahl O, Rothman J, Brister T, Thompson C. Changing student attitudes about mental health conditions: NAMI ending the silence. *Stigma Heal.* 2018;4(2):188-195. doi:10.1037/sah0000135
 216. DeLuca JS, Tang J, Zoubaa S, Dial B, Yanos PT. Reducing stigma in high school students: A cluster randomized controlled trial of the National Alliance on Mental Illness' Ending the Silence intervention. *Stigma Heal.* 2020;(May). doi:10.1037/sah0000235
 217. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, et al. Screening for depression in adults: US preventive services task force recommendation statement. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2016;315(4):380-387. doi:10.1001/jama.2015.18392
 218. O'Connor E, Senger CA, Henninger ML, Coppola E, Gaynes BN. Interventions to Prevent Perinatal Depression: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA - J Am Med Assoc.* 2019;321(6):588-601. doi:10.1001/jama.2018.20865
 219. Hawkins JD, Oesterle S, Brown EC, Abbott RD, Catalano RF. Youth problem behaviors 8 years after implementing the communities that care prevention system a community-randomized trial. *JAMA Pediatr.* 2014;168(2):122-129. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.4009
 220. Rickwood DJ, Mazzer KR, Telford NR, Parker AG, Tanti CJ, Mc Gorry PD. Changes in psychological distress and psychosocial functioning in young people accessing headspace centres for mental health problems. *Med J Aust.* 2015;202(10):537-543. doi:10.5694/mja14.01696
 221. Headspace. *Headspace Centre Young Person Follow Up Study.*; 2019.
 222. Sigfusdóttir ID, Kristjánsson AL, Gudmundsdóttir ML, Allegrante JP. Prevención del consumo de sustancias mediante la promoción de la salud en la escuela y en la comunidad: Enfoque transdisciplinario de Islandia. *Glob Health Promot.* 2011;18(3):23-26. doi:10.1177/1757975911412403
 223. Sigfúsdóttir ID, Thorlindsson T, Kristjánsson ÁL, Roe KM, Allegrante JP. Substance use prevention for adolescents: The Icelandic Model. *Health Promot Int.* 2009;24(1):16-25. doi:10.1093/heapro/dan038
 224. Jorm AF, Kitchener BA, Reavley NJ. Mental Health First Aid training: lessons learned from the global spread of a community education program. *World Psychiatry.* 2019;18(2):142-143. doi:10.1002/wps.20621
 225. Riegman B. *ROC-Aanvalsplan - Beschrijving En Onderbouwing.*; 2016. www.nji.nl/jeugdinterventies.
 226. Gijzen MWM, Creemers DHM, Rasing SPA, Smit F, Engels RCME. Evaluation of a multimodal school-based depression and suicide prevention program among Dutch adolescents: Design of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2018;18(1):1-12. doi:10.1186/s12888-018-1710-2
 227. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A, Niklewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med.* 2006;36(9):1225-1233. doi:10.1017/S003329170600780X
 228. Arango C, Diaz-Caneja C, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, McDaid D, Marin

- O, Serrano-Drizdowskyj E, Freedman R, Carpenter W. Preventive Strategies for Mental Health. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(7):591-604. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30057-9
229. McCullough JP: Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. New York, Guilford Press, 2000.
230. Wiersma JE, van Schaik DJF, Blom MJB, Bakker L, van Oppen P, Beekman ATF. Behandeling voor chronische depressie: 'cognitive behavioral analysis system of psychotherapy' (cbasp). *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2009;51(10):727-736.
231. Prevention of depression will only succeed when it is structurally embedded and targets big determinants. Ormel J, Cuijpers P, Jorm AF, Schoevers R. *World Psychiatry*. 2019;18(1):111-112.