

Happyles

Werkblad beschrijving interventie

Gebruik de [handleiding](#) bij dit werkblad

Voor meer informatie

www.nji.nl/jeugdinterventies

centrumgezondleven@rivm.nl

www.ncj.nl/onderwerpen/233/erkenningcommissie-interventies

www.movisie.nl/effectievesocialeinterventies

www.effectiefactief.nl

effectiefactief@nisb.nl

Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam Rianne van der Zanden
Adres Da Costakade 45
Postcode 3500 AS
Plaats Utrecht
Email RZanden@trimbos.nl
Telefoon 030 2959390
Website van <http://happyles.nl/>
interventie

Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in, wanneer deze afwijkt van de ontwikkelaar of licentiehouder.

Naam Rianne van der Zanden
Adres Da Costakade 45
Postcode 3500 AS
Plaats Utrecht
Email rzanden@trimbos.nl
Telefoon 030-2971100
Website van www.happyles.nl
interventie

Referentie

Naam auteur Rianne van der Zanden
Titel interventie Happyles
Databank Effectieve Jeugdinterventies
Plaats, instituut Trimbos-instituut
Datum 20-11-2013

Het Werkblad moet een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie zijn en geeft informatie over de interventie die van belang is voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie. Daarnaast is de informatie bedoeld voor bezoekers van de databank(en) van de samenwerkende organisaties.

Het Werkblad is een invulformulier, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. Kijk in de handleiding die bij dit werkblad hoort ter ondersteuning bij het invullen van dit werkblad.

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties:

Inhoud

Happyles	1
Samenvatting	4
Uitgebreide beschrijving	5
1. Probleemomschrijving	5
2. Beschrijving interventie	7
3. Onderbouwing.....	19
4. Uitvoering.....	26
5. Onderzoek naar praktijkervaringen.....	30
6. Onderzoek naar de effectiviteit	31
7. Aangehaalde literatuur	33

Samenvatting

Eén A-4tje, maximaal 400 – 600 woorden

Doelgroep

13-25 jarige jongeren op het VMBO of MBO.

Doel

Bevordering van welbevinden en geluk ter voorkoming of vermindering van depressieklachten bij jongeren tussen de 13-25 jaar op het VMBO en MBO.

Aanpak

Het doel wordt gerealiseerd middels het online schoolaanbod Happyles, dat een positief psychologische invalshoek heeft en universele en geïndiceerde preventie omvat. Door de compactheid (4 lessen voor universele deel) kan Happyles goed gecombineerd worden met andere leefstijlinterventies. Happyles bevat de volgende onderdelen:

Vaste onderdelen van Happyles

- Klassikale introductieles - face-to-face les over geluk/ongeluk
- Twee e-learning lessen - met positief psychologische oefeningen, chill-out en dossier
- Happylestest - online vragenlijst over depressie, welbevinden, thuissituatie, middelengebruik, schoolverzuim; voor- en nameting
- Online groepscursus - voor jongeren met verhoogd depressie niveau; geïndiceerde preventie; cursus kan ook face-to-face worden gegeven.
- Adviesgesprek voor alle leerlingen, met Happylestest nameting als input. Eventuele doorverwijzing naar Happyles-groepscursus, kopp-cursus¹⁾, of andere hulp.
Uitvoering: GGD/JGZ of GGZ preventie.

Facultatieve onderdelen van Happyles

- Happylestoets - schriftelijke toets over de e-lessen

Het programma voor een ouderbijeenkomst is in ontwikkeling.

¹⁾ kopp=kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen

Materiaal

- Website www.happyles.nl met:
 - . informatie en filmpje over Happyles
 - . online Happylestest (voor- en nameting)
 - . twee e-lessen (2x45 minuten)
 - . chill-out en dossier
 - . backoffice voor begeleiders
- Happyles brochure, poster, flyer via www.happyles.nl
- Handleiding voor het klassikale aanbod (face-to-face introductieles, e-lessen, schriftelijke toets)
- Handleiding voor de online groepscursus
- DVD met filmpje over geluk, dat tijdens de f-t-f introductieles kan worden getoond

Onderzoek

Drie pilotstudies met voor- en nametingen laten veelbelovende resultaten van de Happyles e-lessen zien (afgezien van adviesgesprek of chatboxcursus). De e-lessen lijken voor jongens en meisjes met subklinisch of klinisch depressieniveau werkzaam te zijn voor depressieklachten. Ook meisjes zonder een verhoogd depressieniveau lijken te profiteren van de interventie. Culturele achtergronden lijken geen invloed te hebben op de werkzaamheid of waardering van de interventie. De resultaten tonen aan dat Happyles geschikt is voor MBO-VMBO leerlingen tussen de 13-25 jaar, maar laten ook positief resultaat zien voor HAVO en VWO leerlingen. Happyles wordt positief gewaardeerd door uitvoerende partijen en door leerlingen zelf, waarbij meisjes en lager opgeleide jongeren (VMBO-niveau) de hoogste tevredenheidscijfers geven. Hoewel onderzoek naar positief psychologische interventies en welbevinden aantonen dat ook positieve effecten bereikt kunnen worden op middelengebruik, schooluitval en leerprestaties (o.a. Griffin et al., 2001), laten de voor- en nametingen van de e-lessen (zonder adviesgesprek of chatboxcursus) op deze factoren geen verandering zien. De korte tijd tussen de metingen kan hierin mogelijk een rol spelen. Over de Happyles chatboxcursus zijn nog onvoldoende gegevens bekend. Deze chatboxcursus is een aangepaste vorm voor lager opgeleide jongeren van de effectieve Grip Op Je Dip cursus (Van der Zanden et al. 2012).

Uitgebreide beschrijving

1. Probleemomschrijving

Probleem

Voor welk probleem of risico is de interventie ontwikkeld?

Omschrijf aard en ernst van het probleem.

Depressie is een veel voorkomende psychische aandoening onder jongeren. Wereldwijd staat depressie op de vierde plaats van ziektes met de hoogste ziektelast en in 2030 staat depressie naar verwachting bovenaan deze lijst in rijke landen (Mathers et al., 2006). De World Health Organisation roept op tot de ontwikkeling van een preventieve aanpak van depressie (Moussavi et al, 2007; Saxena et al., 2006).

Depressie is een stemmingsstoornis waarbij langdurig ervaring bestaat van somberheid, schuldgevoelens, gevoelens van waardeloosheid, het ontbreken van plezier in activiteiten of concentratieproblemen. Andere symptomen kunnen meer lichamelijk zijn, zoals het gebrek aan of te veel slaap en eetlust, psychomotorische onrust of traagheid, vermoeidheid (Gray, 2007). Voor de diagnose depressie volgens DSM-IV criteria moet worden voldaan aan een bepaald aantal en combinatie van bovengenoemde symptomen, een bepaalde duur en moeten de klachten het sociale en professionele functioneren beperken (APA, 1994).

Subklinische depressie (of 'minor depression'; Smit et al., 2013) waarbij enkele depressiesymptomen aanwezig zijn, zonder dat van een klinische depressie volgens DSM-V criteria sprake is, komt ook veel voor onder jongeren. Deze groep jongeren ervaart vaak ook belemmeringen in hun academische, sociale en cognitieve functioneren (Wicks-Nelson et al., 2009). Signalering en vroegtijdig ingrijpen bij subklinische depressie is vanuit preventief oogpunt relevant, aangezien deze een belangrijke voorspeller is van een depressie in de nabije toekomst (Georgiades et al., 2006; Cuijpers et al. 2008). Dat risico is ruim 6 keer hoger bij mensen met dan zonder een subklinische depressie (Cuijpers et al. 2008).

Vroegtijdig ingrijpen is dus van belang. Echter, jongeren zijn niet geneigd professionele hulp te zoeken voor hun depressieklachten. Zij ontkennen of onderschatten hun problemen, twijfelen aan het nut van hulpverlening en zijn bang voor stigmatisering (Vanheusden et al., 2008). Gebrek aan kennis over depressie en de gevolgen ervan en gebrek aan kennis over hulpmogelijkheden spelen hierin mogelijk een rol (Vanheusden et al., 2008).

Hulp via internet kan een goed middel zijn om jongeren wel te bereiken (Riper et al., 2007, 2013). Het past bij de digitale leefwereld van jongeren en bovendien kan anonimiteit gewaarborgd worden hetgeen angst voor stigmatisering tegengaat. Vanuit dit idee is de online groepscursus Grip Op Je Dip (GOJD) ontwikkeld voor jongeren met depressieklachten van 16-25 jaar. Echter deze interventie blijkt relatief weinig lager opgeleide jongeren te bereiken (Van der Zanden et al., 2012). Lager opgeleide jongeren lijken, minder dan hoger opgeleide jongeren, op zoek te gaan naar hulp via internet en als ze zich al aanmelden, blijken zij moeite te hebben met de cursusstof van GOJD (Gerrits et al., 2007; Van der Zanden et al., 2010). Dit was de aanleiding om voor lager opgeleide jongeren een variant van GOJD te ontwikkelen, Happyles genaamd, die in de schoolsetting wordt aangeboden,

Spreading

Hoe vaak komt het probleem voor en bij wie (demografische en geografische spreiding)?

Depressie is een veel voorkomende psychische stoornis onder jongeren, waarvan de prevalentie toeneemt in de adolescentie: volgens een meta-analyse van Costello et al. (2006, 2008) komt depressie voor bij 2,8% van de kinderen tot 13 jaar en bij 5,6% van de 13-18 jarigen. In de adolescentie stijgt de prevalentie sterker bij meisjes dan bij jongens (2:1). In de jongvolwassenheid neemt de prevalentie verder toe: jaarlijks heeft 6.7% van de Nederlandse 18-24 jarigen een depressie en de kans hierop is voor deze leeftijdscategorie groter dan voor de oudere leeftijdscategorieën (De Graaf et al., 2010). Op 19-jarige leeftijd heeft 20-25% van de jongeren een depressieve episode doorgemaakt (Merry et al., 2011). De jaarprevalentie van subklinische depressie wordt geschat op 21.4% van de Nederlandse jongeren tussen 13-17 jaar (Smit et al, 2003); prevalentiecijfers over jongvolwassenen ontbreken.

Depressie komt twee keer zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen (De Graaf et al, 2010). En in de leeftijd 13-17 jaar is dat zelfs drie keer zo vaak (De Hollander et al., 2006). Jongeren met een lage sociaal-economische status hebben ook meer kans op het ontwikkelen van een depressie dan andere jongeren (Van Dorsselaer e.a., 2010). Daarnaast hebben jongeren die opgroeien in een gebroken gezin een verhoogd risico op het ontwikkelen van psychosociale problemen: ook na correctie voor opleidingsniveau en gezinswelvaart maken deze leerlingen hier meer melding van (Van Dorsselaer e.a. (2010).

Tot slot hebben KOPP-kinderen een verhoogd risico op depressie: zo hebben kinderen van een ouder met een depressie een drie keer zo hoge kans om een depressie te ontwikkelen dan andere kinderen (Weissman et al, 2006).

Andere groepen waarbij depressie vaker voorkomt zijn mensen met excessieve geremdheid en geringe zelfwaardering, met homoseksuele voorkeur, met een andere psychische stoornis of chronische ziekte, met weinig sociale steun en bij mensen die stressvolle en traumatische levensgebeurtenissen meemaken zoals kindermishandeling en emotionele verwaarlozing (RIVM, 2013).

Gevolgen

Wat zijn de mogelijke gevolgen (immaterieel en materieel) als er nu niet wordt ingegrepen (zowel voor de doelgroep als in maatschappelijke zin)?

Depressie bij jongeren gaat vaak samen met slechtere schoolprestaties (Meijer et al., 2006), schoolverzuim (Dopheide, 2006), sociaal disfunctioneren (Cicchetti, 1998), middelengebruik (Glieb et al., 2002) en suïcidaliteit (Fergusson et al., 2000). Depressie symptomen op kinderleeftijd zijn geassocieerd met het hebben of ontwikkelen van angst en andere stemmingsstoornissen op latere leeftijd (Wijga et al., 2010). Tot slot geeft onderzoek onder jongeren aan dat depressie geassocieerd is met langdurige vermoeidheid, chronische pijn en overgewicht (Wijga et al., 2010).

Naast de gevolgen van depressie, is aandacht voor de gevolgen van subklinische depressie van belang. Beide condities hebben vergelijkbare gevolgen voor het lichamelijk functioneren zoals lopen en rolfuncties op werk/school en het ervaren van pijn (Cuijpers, 1998; Wicks-Nelson & Israel, 2009). Uit onderzoek van Cuijpers et al. (2008) bleek eveneens dat zowel subklinische als klinische depressie gevolgen voor het geestelijk, sociaal en rol functioneren hebben.

De maatschappelijke kosten van depressie en subklinische depressie bij jongeren zijn nog niet bekend, maar bij volwassenen worden deze geschat op 1,5 miljard euro voor subklinische depressie en voor klinische depressie 1,8 miljard euro per jaar, als gevolg van met name ziekteverzuim en zorgconsumptie. Deze kosten bleken te stijgen met het aantal depressiesymptomen (Cuijpers et al., 2008).

2. Beschrijving interventie

Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als de school als de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.

Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie verder bij de betreffende paragrafen hieronder.

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

Happyles omvat universele preventie (klassikaal aanbod en adviesgesprek) en geïndiceerde preventie (online groepscursus).

Doelgroep klassikaal aanbod (face-to-face les, e-lessen, Happylestest, toets)

De doelgroep van het klassikale aanbod zijn leerlingen van 13-25 jaar, op het MBO en VMBO (alle niveaus, inclusief leerwegondersteunend onderwijs)

Doelgroep persoonlijk adviesgesprek

Idem als klassikaal aanbod.

Doelgroep online groepscursus

De online groepscursus van Happyles is bedoeld voor (V)MBO-jongeren tussen 13-25 jaar die subklinische tot matige depressieklachten hebben volgens de Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) met een schaal van 0-60 (Bouma et al., 1995). Een hogere score betekent ernstiger depressieklachten. Deze wordt bij aanvang en na afloop van de e-lessen gegeven onder de naam 'Happylestest'; meer hierover in 2.3 'Inhoud van de interventie'. Jongeren met een score tussen 16 en 45 op de CES-D komen in aanmerking voor de (online) groepscursus. Een score boven de 45 wijst op een sterk verhoogd depressieniveau, waarvoor de online groepscursus niet geschikt is. Dit is conform de huidige in- en exclusiecriteria voor de online groepscursus Grip Op Je Dip waarop de Happyles chatboxcursus is gebaseerd (Van der Linden et al., 2011). Meer over GOJD volgt bij 2.5 'Vergelijkbare interventies'.

Intermediaire doelgroep

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

De intermediaire groep zijn de uitvoerders van het Happylesaanbod. Dit zijn getrainde preventiewerkers uit GGZ-preventie of GGD. Zij stemmen het aanbod af met betrokken docenten/mentoren en zorgcoördinator.

Selectie van doelgroepen

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

Klassikaal aanbod (face-to-face les, e-lessen, Happylestest, toets)

Wanneer (V)MBO-scholen besluiten met Happyles te werken, wordt het universele deel (de Happylessen) opgenomen in het lesaanbod. Dit houdt in dat leerlingen in een aantal of alle klassen op deze scholen de Happylessen krijgen aangeboden, mits zij voldoen aan eerdergenoemde eisen voor leeftijd en opleidingsniveau: MBO (niveau 1 t/m 4 van alle beroepsopleidingen) en VMBO (alle niveaus, incl. LWOO) en een leeftijd tussen de 13-25 jaar. Voor het universele deel zijn verder geen contra-indicaties.

Persoonlijk adviesgesprek

Om stigmatisering te voorkomen wordt het adviesgesprek gehouden met alle leerlingen die het klassikaal aanbod van Happyles hebben gevolgd (zie vorige kopje).

Online groepscursus

De online groepscursus van Happyles vormt het geïndiceerde deel. Deze groepscursus kan ook face-to-face worden gegeven (meer hierover bij 2.3 'Inhoud van de interventie'). Leerlingen worden geïnformeerd over deze groepscursus tijdens de face-to-face-les en in de e-lessen. Indien adviesgesprekken worden gehouden op school n.a.v. de Happylestest, wordt de leerling met een verhoogd niveau van depressieklachten in het adviesgesprek naar de online groepscursus doorverwezen. Indien geen adviesgesprekken worden gehouden, krijgen leerlingen met een verhoogd depressieniveau volgens de Happylestest een geautomatiseerd advies erover te praten met iemand die hij/zij vertrouwt en zich op te geven voor de online groepscursus of, bij een hoog depressieniveau, de aanbeveling erover te praten met iemand die hij/zij vertrouwt en naar de huisarts te gaan.

Indicatiecriteria voor online groepscursus:

- Een score tussen 16-45 op de CES-D vragenlijst (sub-klinische tot matige depressie).
- Motivatie om zelf iets aan hun depressie/somberheid te veranderen.
- Vaardigheden en motivatie om zelfstandig opdrachten uitvoeren.
- Kunnen functioneren binnen een groep; zich kunnen uiten en kunnen luisteren naar anderen.
- Beschikken over een steunstructuur (het sociale netwerk van een kind).

Contra-indicatiecriteria voor online groepscursus:

- Een score tussen 0-16 op de CES-D vragenlijst (onder het subklinisch depressie niveau).
- Een score tussen 45-60 op de CES-D vragenlijst (hoog depressie niveau).
- Dreigende suïcidaliteit of een crisissituatie
- Actieve automutilatie

Als jongeren zich aanmelden voor de groepscursus starten ze met het invullen van een aanmeldvragenlijst, die zowel demografische vragen bevat als aanvullende vragen over sociaal netwerk, suïcidale ideatie, automutilatie en depressieve klachten (CES-D) en welbevinden (WEMWBS). De cursusuitvoerder (getrainde preventiemedewerkers GGZ of GGD) beoordelen met behulp van de ingevulde vragenlijsten of de cursus een geschikt hulpaanbod is voor deze jongere. Zo nodig vraagt de cursusleider nog om een nadere toelichting via de mail. Wanneer jongeren geschikt zijn bevonden, krijgen zij een inlogcode waarmee ze wekelijks kunnen inloggen in de chatbox voor het volgen van de 6 sessies en digitaal cursusmateriaal. De groepjes bestaan uit maximaal 6 deelnemers en worden begeleid door een getrainde professional.

Als tijdens de chatsessies blijkt dat een deelnemer kenmerken heeft van ernstige psychische stoornis (zoals psychotische stoornis), dan wordt deze per e-mail en/of telefonisch verder ondersteund en toegeleid naar de huisarts voor andere hulp. Voor suïcidaliteit is een suïcide protocol samengesteld.

2.2 Doel

Hoofddoel

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Bevordering van welbevinden en geluk ter voorkoming of vermindering van depressieklachten bij jongeren tussen de 13-25 jaar op het VMBO en MBO.

Subdoelen

Wat zijn de subdoelen van de interventie?

Indien van toepassing: koppel de subdoelen aan de betreffende (intermediaire) doelgroepen, bijvoorbeeld in een schema

Subdoelen Happyles:

Subdoel 1. De adolescenten erkennen eventuele depressieklachten bij hunzelf en durven hulp te vragen of ontvangen indien nodig, door:

- destigmatisering van gevoelens van 'ongelukkig zijn' in de lessen
- positief psychologische invalshoek
- klassikale aanpak (leren van elkaar, zien dat je niet de enige bent)
- adviesgesprek

Subdoel 2. De adolescenten worden zich bewust van hun eigen gevoelens van geluk/ongeluk door:

- nadenken in de lessen over wat je gelukkig en ongelukkig maakt
- de persoonlijke geluk score op basis van de Happylestest
- het adviesgesprek

Subdoel 3. De adolescenten verbreden hun copingvaardigheden door middels de lessen (en voor sommigen middels de chatboxcursus als extra aanbod) inzicht te krijgen in en te oefen met:

- activiteiten die positief gevoel geven
- de relatie tussen denken, doen en voelen
- niet reële (niet helpende) gedachten en reële (helpende) gedachten
- omgaan met problemen
 - . in kaart brengen en prioriteren van problemen. Onbelangrijke problemen 'weggooien', belangrijke problemen proberen aan te pakken
- realiseren van positieve relaties:
 - . leren om handig te zeggen wat je denkt en voelt
 - . iets doen voor een ander
- nadenken over de toekomst
 - . stappenplan maken voor hier en nu, om toekomstig doel te bereiken

Subdoel 4: De school (mentor, zorgcoördinator) krijgt inzicht in zorgleerlingen en biedt hun hulp door:

- signaleren van depressieklachten en psycho-sociale problemen bij de adolescenten middels de lessen, en middels terugkoppeling van de happylestest en adviesgesprek
- het adviesgesprek, waarin eventuele verwijzing gerealiseerd kan worden naar gepaste hulp (mentor, zorgcoördinator, Happyles chatboxcursus of ander preventie- of behandelaanbod)

Subdoel 5. De school krijgt inzicht in wat de leerlingen hebben opgestoken van de lessen door:

- de Happylestoets
-

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Hoe is de opzet van de interventie? Denk aan volgorde, frequentie, intensiteit en duur - indien van toepassing.

Voeg hier eventueel een schema in.

Vaste onderdelen van Happyles

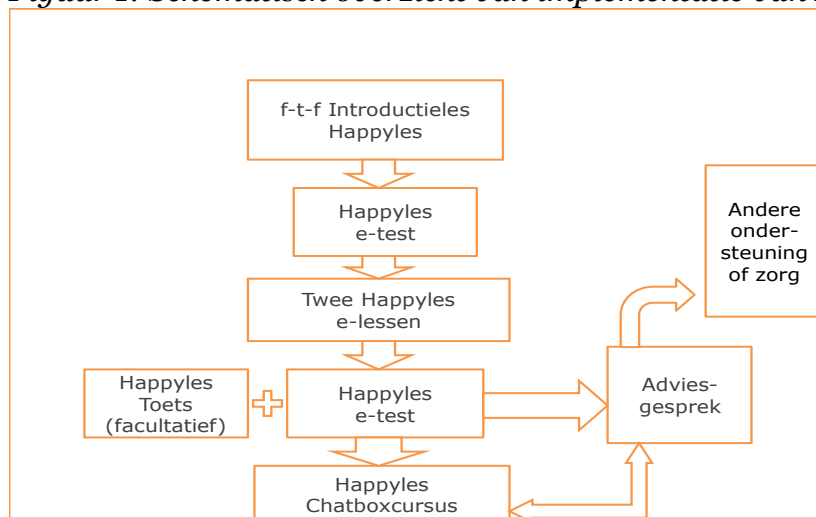
- 1) Klassikale face-to-face introductieles van 45 minuten (week 1).
- 2) Twee e-learning lessen van 45 minuten (week 2 en 3).
- 3) Chill-out (online filmpjes, muziek, ontspanningsoefeningen) en Dossier (teruglezen van gemaakte opdrachten) voor leerlingen die eerder met de e-les klaar zijn. (week 2 en 3)
- 4) Happylestest van 15 minuten (online vragenlijst over depressie, welbevinden, thuissituatie, middelengebruik, schoolverzuim) voorafgaand aan de 1^e (week 2) en een week na de 2^e e-les (week 4).
- 5) Online groepscursus van 6 wekelijkse sessies van 1,5 uur in chatbox (geïndiceerde preventie) voor jongeren met een verhoogd niveau van depressieklachten volgens de Happylestest. Deelname aan de online Happyles groepscursus is, net als bij de Gripopjedip cursus, in principe anoniem. Dat wil zeggen dat a) de jongere niet zijn achternaam en adres hoeft in te vullen op het aanmeldingsformulier voor de cursus en b) dat de jongeren anoniem zijn voor elkaar in de groepscursus. Er wordt ingelogd met een 'nickname'. Deze cursus kan ook face-to-face worden gegeven, waarbij anonimiteit niet aan de orde is.
- 6) Adviesgesprek kort na de Happylestest (binnen 2 tot max. 4 weken) met alle leerlingen, waarbij de Happylestest als input wordt gebruikt. Het adviesgesprek kan worden uitgevoerd door GGD/JGZ of GGZ preventie. In het adviesgesprek kan bepaald worden of, en zo ja welke hulp gewenst is, waarbij de Happyles chatboxcursus aanbevolen wordt voor jongeren met verhoogde depressiescores. Andere hulpmogelijkheden kunnen bijvoorbeeld zijn een KOPP-cursus, faalangsttraining of ander hulpaanbod in de lokale jeugdzorgketen.

Facultatieve onderdelen van Happyles

- 1) Happylestoets (week 4, na de Happylestest nameting; 30 minuten)

Het programma voor een ouderbijeenkomst is in ontwikkeling.

Figuur 1: Schematisch overzicht van implementatie van Happyles



Locatie en uitvoerders

Waar wordt de interventie uitgevoerd en door wie?

Indien van toepassing per onderdeel beschrijven.

Uitvoerders Happyles

De uitvoering van alle onderdelen van Happyles kan in handen zijn van een beroepsgroep (bijvoorbeeld de JGZ of GGZ-preventie) of er kan worden samengewerkt tussen verschillende beroepsgroepen (bijvoorbeeld de JGZ voor klassikale lessen en adviesgesprekken en de GGZ-preventie voor de chatboxcursus). Alle uitvoerders volgen een eendaagse training georganiseerd door het Trimbos-instituut. Daarbij wordt toelichting gegeven op de face-to-face introductieles, wordt ingegaan op de inhoud en de techniek van de e-lessen, Happylestest en chatbox-cursus.

Face-to-face introductieles

De introductieles wordt gevolgd in een klaslokaal in de onderwijsinstelling, bijvoorbeeld tijdens een mentoruur op het VMBO of tijdens het vak 'leren, loopbaan, burgerschap' op het MBO. De introductieles wordt gegeven door een getrainde professional (zoals preventiemedewerker GGZ of GGD/JGZ). De mentor of leerkracht is bij de les aanwezig vanwege de rust en orde in de klas en om de school te betrekken bij het Happylesprogramma.

E-lessen

De e-lessen worden online gevolgd in de onderwijsinstelling, bijvoorbeeld tijdens een mentoruur op het VMBO of tijdens het vak 'leren, loopbaan, burgerschap' op het MBO. De jongeren volgen deze lessen in een computerlokaal van de onderwijsinstelling.

De e-lessen worden gegeven/begeleid door een getrainde professional (zie vorige kopje). De mentor of leerkracht is bij de e-lessen aanwezig.

Happylestoets

De school kan zelf besluiten al dan geen toets af te nemen om te evalueren wat leerlingen van de stof hebben opgestoken. De toets is schriftelijk en wordt klassikaal afgenomen in de les waarin de Happylestest (nameting) plaatsvindt.

Online groepscursus

De jongeren volgen de online groepscursus op de computer tijdens een lesuur op school of thuis na schooltijd. Indien de cursus niet onder schooltijd kan worden gevolgd, dan vindt deze bij voorkeur eind van de middag of vroeg in de avond plaats. Jongeren worden via e-mail en sms herinnerd aan de start van een sessie.

De online groepscursus wordt begeleid door een getrainde preventiewerker. Dit kan dezelfde professional zijn als degene die ook de Happylessen en de adviesgesprekken heeft uitgevoerd, maar kan ook een andere getrainde professional zijn (zie ‘uitvoerders Happylessen’). Bij een grote groep (6 jongeren) wordt aangeraden met twee cursusbegeleiders te werken. De online groepscursus wordt gegeven in een beveiligde chatbox, wat inhoudt dat er alleen toegang is met een gebruikersnaam en een wachtwoord.

De Happylessen chatboxcursus kan ook face-to-face worden gegeven op school, tijdens of na schooltijd door een getrainde preventiewerker met groepjes van 6 tot 8 jongeren. Dit wordt in de introductieles toegelicht. De jongeren kunnen zich in dat geval wel online opgeven voor de groepscursus tijdens de e-lessen. De preventiewerker stemt startdatum en tijd van de face-to-face groepscursus af met de jongere tijdens het adviesgesprek. Als er geen adviesgesprekken worden gehouden, dan worden de leerlingen, die zich online voor de groepscursus hebben opgegeven in de e-lessen, benaderd door de cursusleider per e-mail.

Persoonlijk adviesgesprek

Aanbevolen wordt om uiterlijk binnen vier weken na de Happylestest (nameting) voor alle jongeren een adviesgesprek te houden op school tijdens een lesuur, uitgevoerd door GGZ-preventie of JGZ.

Inhoud van de interventie

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd?

Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd.

Geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe.

Klassikale aanbod

Introductieles (vast onderdeel)

De klassikale introductieles start met een introductiefilmpje waarin jongeren vertellen over waar zij gelukkig en ongelukkig van worden. Vervolgens wordt door de begeleider aan de hand van stellingen de onderwerpen ‘geluk’ en ‘in een dip zitten’ geïntroduceerd. De jongeren discussiëren aan de hand van opdrachten over het onderwerp geluk en een dip/sombereid. Tot slot worden het doel en de opzet van Happylessen toegelicht.

Happylestest (vast onderdeel)

De eerste e-les start met het invullen van de online Happylestest. Deze bestaat uit een depressieschaal, de CES-D. Dit is een 20-item vragenlijst met een vier-puntschaal gericht op het meten van depressiesymptomen. De CES-D score loopt van 0 (geen klachten) tot 60 (veel klachten). De CES-D is zowel voor volwassenen als voor adolescenten een betrouwbaar en valide screeningsinstrument voor depressieklachten (Cuijpers et al., 2008; Roberts et al., 1995; Bouma et al., 1995). Een CES-d score van 22 geldt als klinisch

afkappunt voor adolescenten (Cuijpers et al., 2008). De online en de schriftelijke variant van de CES-D zijn sterk gecorreleerd (Ogles et al., 1998).

Voor de CES-D gelden de volgende criteria (Bouma et al, 1995):

- een score vanaf 46 t/m 60 staat voor hoog depressieniveau;
- een score vanaf 23 t/m 45 staat voor matig depressieniveau;
- een score vanaf 16 t/m 22 staat voor subklinisch depressieniveau;
- en een score van 0 t/m 15 staat voor nauwelijks tot geen depressie symptomen.

Naast de CES-D bevat de Happylestest andere online vragenlijsten ter ondersteuning van signalering van problemen en doorverwijzing: de welbevindenvragenlijst WEMWBS (Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale: Tennant et al., 2007), en vragen over middelengebruik, schoolverzuim en de thuissituatie. Het geheel aan vragen(lijsten) wordt de Happylestest genoemd. Indien gewenst kunnen er vragen toegevoegd of geschrapt worden.

E-les 1

De jongeren krijgen de uitslag van de Happylestest, in de vorm van een 'geluk score'. Dit is de omgekeerde CES-D –score (hoe hoger de score, hoe gelukkiger). Als zij op de CES-D tussen de 16 en 45 scores, krijgen ze het advies om zich middels een link aan te melden voor de online groepscursus. Vervolgens doorlopen de leerlingen de eerste e-les. De lessen bestaan uit filmpjes, en afwisselende opdrachten (sleefoefeningen en invuloefeningen). Deze eerste les bestaat uit twee onderdelen:

- *Positief gevoel* – oefeningen waar jongeren direct een positief gevoel van kunnen krijgen.
- *Denken, voelen, doen* – jongeren krijgen inzicht in de relatie tussen het eigen denken, voelen en doen.

E-les 2

Een week later volgt de tweede e-les, bestaande uit drie onderdelen:

- *Problemen oplossen* – jongeren leren onderscheid te maken tussen belangrijke en onbelangrijke problemen en tussen oplosbare en niet-oplosbare problemen. Zij leren ook hoe ze met deze problemen kunnen omgaan.
- *Jij en de rest* – Geeft jongeren inzicht in het onderhouden van positieve relaties met verschillende mensen (je partner, vrienden, familie, docent etc.). Zij leren hierin een 4-stappenplan te gebruiken voor 'handig' communiceren; een communicatie waarbij de jongere zich goed voelt, duidelijk maakt wat hij denkt/wilt en de ander niet kwetst. Daarnaast leert de jongere het belang inzien van 'iets aardigs doen voor een ander'.
- *De toekomst* – Jongeren geven hier bij verschillende levensgebieden (zoals werk) hun ideale toekomstbeeld op. Vervolgens maken zij tussendoelen voor het hier en nu, die bijdragen aan het bereiken van dit ideale toekomstdoel.

Tot slot maakt de jongere een week na e-les 2 nogmaals de Happylestest. Hieruit komt (eventueel nogmaals) een geautomatiseerd advies om de online groepscursus te volgen als zij tussen de 16-45 scores op de CES-D. Als zij hoger scores krijgen zij het geautomatiseerde advies erover te praten met iemand die hij/zij vertrouwt en naar de huisarts te gaan.

Dossier & Chill out (vast onderdeel)

Alle opdrachten die de jongeren maken worden opgeslagen in een online dossier gekoppeld aan hun eigen account. Zo kunnen ze de opdrachten, filmpjes en hun antwoorden nogmaals bekijken en eventueel uitprinten. Ook is er een 'chill out' ingebouwd

met filmpjes en audio bestanden (bijvoorbeeld een ontspanningsoefening). Wanneer jongeren klaar zijn met een les kunnen ze met deze onderdelen aan de slag.

Happylestoets (facultatief onderdeel)

Er bestaat de mogelijkheid een schriftelijke toets af te nemen na de e-lessen, om na te gaan wat de jongeren hebben opgestoken van de Happylessen. Deze toets is een facultatief onderdeel, en wordt meegeleverd in de handleiding voor het klassikale aanbod met daarbij een uitgebreide instructie voor de beoordeling.

Online groepscursus (vast onderdeel)

Het eerste kwartier is bedoeld om in te loggen, te vragen naar de thuisopdrachten en informeel met elkaar te praten/chatten. Dan volgt een uur waarin de stof van de online bijeenkomst wordt behandeld. Het laatste kwartier heeft een afsluitend en evaluatief karakter.

De groepscursus bestaat uit zes sessies waar in iedere sessie een thema centraal staat:

- Les 1. Kennismaken + je stemming
- Les 2. Denken en doen
- Les 3. Denkfouten
- Les 4. Anders leren denken
- Les 5. In geval van nood
- Les 6. Je toekomst

De eerste bijeenkomst richt zich op de kennismaking, zowel met elkaar als met de opzet van de cursus, zodat jongeren een goed overzicht van de cursus krijgen. In de sessies wordt gedragsverandering bevorderd door leerlingen te laten ontdekken dat niet de gebeurtenis op zich, maar de gedachte over de gebeurtenis het sombere gevoel en/of teruggetrokken gedrag veroorzaakt.

Vervolgens leren de jongeren hun negatieve gedachten uit te dagen en te veranderen. Er zijn een aantal denkfouten en belemmeringen waardoor jongeren moeite kunnen hebben met het veranderen van hun gedachten en hun gedrag. Een voorbeeld: Laura heeft ruzie met Rick (gebeurtenis). Rick is kwaad omdat Laura hem twee weken niet heeft gebeld. Laura denkt 'Het is mijn schuld dat we nu ruzie hebben' (gedachte) en voelt zich somber en schuldig (gevoel). Ze vergeet echter dat Rick ook had kunnen bellen – dit vergeten wordt een denkfout genoemd. Daarnaast zou Laura ook bang kunnen zijn voor een conflict (angst).

Het aspect 'gedachten' wordt aan de hand van dit soort voorbeelden in de cursus verder uitgediept. Zo leren ze negatieve en irrationele gedachten ('ik kan het toch niet') om te zetten in positieve en reële gedachten ('ik heb goed geleerd') zodat er een positieve spiraal wordt ingezet. Op deze manier wordt het gevoel (de stemming) van de jongere positief beïnvloedt, waardoor de jongere zich minder depressief gaat voelen en meer gaat ondernemen. Om de relatie tussen deze gebieden te bekijken en veranderen, wordt het GGG-schema gebruikt (Gebeurtenis-Gedachten-Gevoel).

In alle bijeenkomsten komt daarnaast de 'stemmingsmeter' terug, een thuisopdracht die wordt besproken tijdens de groepsbijeenkomsten. De stemmingsmeter is bedoeld om het verband te leren zien tussen activiteiten en de stemming. Door leuke dingen te doen (gedrag), kan je stemming (je gevoel) positief worden beïnvloed. De jongeren geven tijdens de cursusperiode voor iedere dag een cijfer, geven toelichting op dat cijfer en geven aan welke activiteiten zij die dag hebben gedaan.

De jongeren hebben een actieve inbreng in de sessies, waarin hun mening en ervaring worden gevraagd. Zij ondersteunen, motiveren en helpen elkaar met het veranderen van gedachten en gedrag door suggesties te doen van positieve gedachten en van leuke activiteiten.

Wanneer de Happyles chatboxcursus thuis en buiten schooltijd plaatsvindt, is er de kans op geringe instroom (Van der Zanden et al., 2013). Het lijkt voor lager opgeleide jongeren daarom aanbevolen om de online cursus op school en onder schooltijd aan te bieden. Er is dan echter geen sprake meer van anonimiteit voor elkaar in de groep. Omdat er in de Happylessen gewerkt is aan destigmatiseren van 'je ongelukkig of somber voelen' is de kans kleiner dat dit weerstand oproept bij de leerlingen. De Happylescursus kan ook face-to-face worden gegeven op school aan groepjes leerlingen.

Persoonlijk adviesgesprek

De primaire input voor het adviesgesprek is de Happylestest met de 'persoonlijke geluk score' (omgepoolde CES-D score). Op basis van de geluk score gecombineerd met de WEMWBS en overige informatie wordt in overleg met de jongere nagegaan of deze verdere hulp nodig heeft (van mentor, zorgcoördinator, of preventie of hulpaanbod in de jeugdzorgketen) waarna doorverwijzing kan plaatsvinden. Leerlingen met depressieklachten (CES-D 16-45) worden doorverwezen naar de online Happyles cursus van zes sessies en degenen met kopp-problematiek naar kopp-aanbod. Als er geen sprake is van een verhoogde CES-D score, betekent dit niet in alle gevallen dat er geen psychosociale problemen zijn. Soms kan op basis van de overige vragenlijsten in het adviesgesprek blijken dat hulp of ondersteuning gewenst is (denk bijvoorbeeld aan een jongere die geen depressieklachten heeft maar wel opgroeit in een kopp-gezin). Het adviesgesprek wordt gevoerd met alle leerlingen die Happyles hebben gevolgd. Dit voorkomt stigmatisering en heeft als extra voordeel dat ook leerlingen die de test niet serieus dan wel niet conform de werkelijke situatie hebben ingevuld, tijdens het adviesgesprek toch openheid van zaken kunnen geven. Het adviesgesprek kan gekoppeld worden aan het PGO of contactmoment voor adolescenten, uitgevoerd door de JGZ. In een Happyles project in Den Haag duurde tweederde van de adviesgesprekken 10 minuten of korter (Van der Zanden et al., 2013).

Er kunnen op basis van de drie pilot studies (waarbij een studie met adviesgesprek bij 352 leerlingen) nog geen uitspraken worden gedaan over de effectiviteit van de toevoeging van het adviesgesprek na de Happylessen. Er zijn tot nu toe alleen voor- en nametingen gedaan van de e-lessen. Wel geeft een procesevaluatie in Den Haag aan dat het adviesgesprek goed gewaardeerd wordt door de leerlingen, de onderwijsinstellingen en de uitvoerende GGZ-professionals (Van der Zanden et al., 2013).

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

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

Zie ook hoofdstuk 5 'Onderzoek naar praktijkervaringen'.

Bij de ontwikkeling van de eerste Happyles-versie is een focus-group samengesteld van MBO-leerlingen die de lessen doornamen, hun mening hierover gaven en ook advies voor de vormgeving gaven. In de tweede pilot is Happyles uitgevoerd bij VMBO t/m VWO-leerlingen en is hun oordeel gevraagd. Dit heeft geleid tot enkele aanscherpingen. In de derde pilot is Happyles aan VMBO leerlingen voorgelegd (alle niveaus incl. LWOO) en is

hun oordeel gevraagd. Ook deze pilot heeft geleid tot tekstuele aanpassingen, met name voor VMBO-basis en LWOO leerlingen. Het bleek dat zij woorden vaak letterlijk opvatten, en deze zijn vervangen door meer ondubbelzinnige woorden. (bijvoorbeeld 'in de put zitten' vervangen door 'je ongelukkig voelen').

Buitenlandse interventie

Is de interventie buiten Nederland ontwikkeld en wat is aangepast met het oog op de uitvoering in Nederland?

De interventie is in Nederland ontwikkeld.

2.5 Vergelijkbare interventies

In Nederland uitgevoerd

Worden in Nederland vergelijkbare interventies uitgevoerd, zo ver bekend? Welke? Zijn deze opgenomen in één van de databanken met (potentieel) effectieve interventies?

Ja, er zijn andere vergelijkbare interventies die zijn opgenomen in de i-database, namelijk *Gripopjedip*, *Leefstijl*, *Taakspel*, *Levensvaardigheden*, *Lessen in geluk*

Overeenkomsten en verschillen

Wat zijn de belangrijkste overeenkomsten en verschillen (puntsgewijs)?

Gripopjedip

GOJD is een preventieve online groeps cursus in chatbox voor jongeren tussen de 16-25 jaar met depressieve klachten (geïndiceerde preventie). Het doel van GOJD is het reduceren van depressieklachten bij jongeren ter voorkoming van een depressie. De interventie is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie. De focus ligt op het bevorderen van positieve, helpende gedachten en op het integreren van leuke activiteiten in het dagelijkse leven, ter verbetering van de stemming.

Overeenkomsten met Happyles:

- Einddoel (reduceren van depressieklachten), soort interventie (e-hulp, preventief) en de theorie (cognitieve gedragstherapie) komen overeen met het geïndiceerde deel van de Happyles chatbox cursus.

Verschillen tussen Happyles en GOJD:

- Happyles is een stepped-care aanbod, met universele en geïndiceerde preventie, terwijl GOJD geïndiceerde preventie is.
- Happyles richt zich specifiek op de lager opgeleide doelgroep ((V)MBO), terwijl GOJD relatief veel hoger opgeleide jongeren bereikt (dit laatste was de aanleiding om Happyles te ontwikkelen).
- Happyles richt zich op 13-25 jarigen, terwijl GOJD voor 16-25 jarigen is bestemd.
- Happyles wordt op school gegeven als universele preventie ter bevordering van psychische gezondheid bij alle jongeren in de klas, alvorens geïndiceerde preventieve te introduceren voor jongeren met depressie klachten. GOJD is geïndiceerde preventie,

waarvoor jongeren zich, zonder voorafgaand universeel aanbod, kunnen opgeven via de open website www.gripopjedip.nl. GOJD is geen schoolaanbod.

- De Happyles e-lessen zijn gebaseerd op de positieve psychologie en cognitieve gedragstherapie, terwijl GOJD alleen gebaseerd is op cognitieve gedragstherapie.
- De Happyles chatboxcursus brengt de theorie op meer speelse manier over dan de GOJD chatboxcursus, door gebruik te maken van minder tekst, korte zinnen, minder moeilijke woorden, minder thuisopdrachten en meer voorbeelden en plaatjes. Deze aanpassingen zijn gemaakt op basis van een inventarisatie naar wensen en behoeften van mensen met een lage-sociaal economische status (Romijn et al., 2009) en focusgroepen met jongeren (Notenboom et al., 2008).

Leefstijl, Taakspel, Levensvaardigheden

Overeenkomsten met Happyles

- gerichtheid op versterken van sociaal-emotionele vaardigheden en voorkomen van probleemgedrag
- setting school

Verschillen van de genoemde programma's met Happyles

- deze programma's omvatten alleen universele preventie
- omvatten geen stepped –care aanbod; geen verbinding tussen universele en geïndiceerde preventie
- omvatten veel meer lessen (tussen de 17 à 20 en 48 lessen) dan Happyles
- bevatten geen screener, zoals een Happylestest
- hebben geen positieve psychologische invalshoek
- zijn niet speciaal ontworpen voor lager opgeleide jongeren (inclusief basis en leerwegondersteunend onderwijs)
- geen aandacht voor taboedoorbreking op psychische problemen en destigmatisering
- bevatten geen online onderdelen die anoniem en zelfstandig doorlopen kunnen worden
- worden uitgevoerd door leerkrachten

Lessen in Geluk

Overeenkomsten met Happyles:

- positief psychologische invalshoek
- relatief kort programma van 6 klassikale lessen (Happyles omvat 3 klassikale lessen en een les voor de Happylestest-nameting en toets)

Verschillen met Happyles:

- alleen universele preventie
- geen stepped care model (universeel en geïndiceerd)
- geen screener zoals de Happylestest
- niet speciaal ontworpen voor lager opgeleide jongeren
- geen online onderdelen die anoniem en zelfstandig doorlopen kunnen worden
- uitgevoerd door leerkrachten

Toegevoegde waarde

Wat is de toegevoegde waarde van deze interventie ten opzichte van hierboven genoemde vergelijkbare interventies in één van de databanken met (potentieel) effectieve interventies?

- Happyles is speciaal ontworpen en geschikt bevonden voor lager opgeleide jongeren, inclusief leerlingen die basis niveau en leerwegondersteunend onderwijs volgen.
- Happyles heeft naast een preventief universeel aanbod ook een signaleringsfunctie middels de Happylestest en een geïndiceerd aanbod (chatboxcursus).

- Happyles is een relatief kort programma. Universele depressiepreventie in de setting school lijkt vooral effectief te zijn voor leerlingen met een subklinisch of klinisch klachtenniveau (Stice et al, 2009). Dit lijkt ook op te gaan voor Happyles (Van der Zanden et al., 2013). In het Happylesprogramma komt deze groep via de Happylestest en het adviesgesprek snel in beeld, waarna vlotte doorverwijzing naar een intensiever aanbod (geïndiceerd of behandeling) kan plaatsvinden. Het voordeel hiervan is dat risicoleerlingen die meer nodig hebben dan het universele aanbod, snel op maat hulp krijgen en dat de overige leerlingen, die minder baat hebben bij het universele programma, dit niet onnodig lang hoeven te volgen.
- Happyles beoogt destigmatisering van psychische problemen, door het klassikaal bespreekbaar maken van het onderwerp ‘geluk’ en ‘in een dip zitten’ en door de positief psychologische invalshoek. Het wordt gepresenteerd als een normaal onderwerp in de klas waar iedereen mee te maken kan krijgen.
- Happyles bevat online onderdelen, passend bij de digitale leefwereld van de jongeren. Zij kunnen de e-lessen individueel en zelfstandig doorlopen en de groepscursus online in een chatbox volgen.
- In de e-lessen wordt theorie over psychische gezondheid en mentale fitheid overgebracht via aansprekend beeldmateriaal (filmpjes, animaties, sleepoefeningen), hetgeen het opdoen van kennis over psychische gezondheid bevordert.
- Happyles is gebaseerd op positief psychologische principes. Er wordt niet gesproken over voorkomen van depressie, maar over versterken van en werken aan de mentale fitheid of veerkracht.
- Happyles kan door de compacte vorm en middels de online Happylestest met daaraan gekoppeld het adviesgesprek soepel geïntegreerd worden in de bestaande praktijk van de school en van de JGZ (denk aan koppeling adviesgesprek aan adolescentencontact en periodiek geneeskundig onderzoek).

3. Onderbouwing

Oorzaken

Welke factoren veroorzaken het probleem?

Er bestaat niet één oorzaak voor depressie. Aangenomen wordt dat het om een complex samenspel van genetische, biologische, psychologische en sociale factoren gaat (Smit et al., 2004). Hieronder volgen risicofactoren voor depressie, waarvan de te beïnvloeden factoren aangrijpingspunten zijn voor Happyles (zie volgende kopje: ‘aan te pakken factoren’).

Sekse

Garber (2006) noemt een aantal risicofactoren die van invloed kunnen zijn op het ontstaan van een depressie. Ten eerste sekse – meisjes lopen een dubbel zo groot risico op depressie (Smit et al., 2003; De Graaf et al., 2010; De Hollander et al., 2006; Ter Bogt et al., 2003). Wat opvalt is dat met name in de adolescentie (tussen 12-14 jaar) meisjes meer last krijgen van depressie dan jongens, wat dit een belangrijke periode maakt (Wicks-Nelson et al., 2009).

Genetische aanleg, psychische problematiek bij ouders, angstsymptomen, subklinische depressie, negatieve gedachten, disregulatie in de neurobiologie, temperament, negatieve

wijze van interpreteren, zelfregulatie en coping, stressvolle gebeurtenissen, interpersoonlijke problemen

Verder spelen de volgende factoren een rol: genetische aanleg, psychische problematiek bij ouders, angstsymptomen, (subklinische) depressieve symptomen, disregulatie in de neurobiologie, temperament, negatieve gedachten, problemen in zelfregulatie en coping, stressvolle gebeurtenissen en interpersoonlijke problemen. Hierbij komen negatieve gedachten tot stand door de interpretatie van bepaalde levensgebeurtenissen (Gray, 2007). Jongeren die gebeurtenissen en hun omgeving voortdurend op negatieve wijze interpreteren, dragen bij aan een consistent pessimistisch beeld van zichzelf, hun omgeving en hun toekomst. Dit kan uiteindelijk leiden tot depressieve klachten. (Gray, 2007).

Lage sociaal economische status en afkomst

Daarnaast ontwikkelen jongeren met een lage sociaal-economische status vaker een (subklinische) depressie dan andere jongeren (Ter Bogt et al., 2003; Van Dorsselaer et al., 2010). Deze doelgroep wordt in interventies ook minder goed bereikt (Gerrits et al., 2007). Ten slotte zijn in Nederland allochtone volwassenen en jongeren vaker depressief dan de autochtone bevolking, waarbij Turken oververtegenwoordigd zijn (Ter Bogt et al., 2003; Van der Wurff et al., 2004; Spijker et al., 2004).

Adolescentie

Naast deze risicofactoren, blijken jongeren vanaf 13 tot 14 jaar in het algemeen meer kans te hebben op het ontwikkelen van een depressie. Hoek en collega's (2009) vonden dat angst en depressie het meest in de adolescentie voorkomen. Een eerste depressie ontstaat ook vaak in de adolescentie (Smit, 2007; Weisz et al. 2006).

Hulpzoekgedrag van jongeren

Jongeren zijn niet geneigd professionele hulp te zoeken voor hun depressieklachten. Zij ontkennen of onderschatten hun problemen, twijfelen aan het nut van hulpverlening en zijn bang voor stigmatisering (Vanheusden et al., 2008). Gevolg is dat zij hierdoor pas in een laat stadium van de depressieklachten hulp zoeken. Gebrek aan kennis over depressie en de gevolgen ervan en gebrek aan kennis over hulpmogelijkheden spelen hierin mogelijk een rol (Vanheusden et al., 2008).

Aan te pakken factoren

Welke factoren pakt de interventie aan en welke, in paragraaf 2.1 en 2.2. benoemde, (sub)doelen horen daarbij?

Hieronder een overzicht van welke (sub)doelen aansluiten bij welke risicofactoren.

Risicofactor: Subklinische depressie

Het subdoel van de Happytest is jongeren enerzijds bewust te maken van hun eigen stemming ('geluksscore') en anderzijds de jongeren te screenen op o.a. (sub)klinische depressieklachten middels de CES-D.

Het subdoel van het adviesgesprek is om degenen met een subklinisch of klinisch klachtenniveau door te verwijzen naar hulp in de vorm van de Happytest chatboxcursus (geïndiceerde preventie) of zorgaanbod.

Risicofactor: Kopp-problematiek

Een subdoel van de Happytest is o.a. inventariseren middels vragen over de thuissituatie of er sprake is van ouderlijke psychische of verslavingsproblemen en KOPP-problematiek. Een subdoel van het adviesgesprek is problematiek, zoals KOPP-problematiek, bespreekbaar te maken en door te verwijzen naar hulp en ondersteuning zoals kopp-aanbod.

Risicofactor: Hulpzoekgedrag

Een subdoel van de Happylessen is hulpzoekgedrag te bevorderen door destigmatiseren van psychische problemen. Destigmatisering wordt gerealiseerd door het aanbod in de schoolsetting aan te bieden aan alle jongeren, door de positief psychologische uitgangspunten van de klassikale Happylessen, door laagdrempelige adviesgesprekken op school voor alle leerlingen en door degenen die hulp nodig hebben persoonlijk en op maat door te verwijzen naar passend aanbod.

Risicofactor: Negatief interpreteren van situaties en negatieve gedachten

Een subdoel van de Happylessen en van de chatboxcursus is inzicht krijgen in de relatie tussen voelen, denken doen, en in omzetten van niet-helpende gedachten in helpende gedachten en leren inplannen van leuke activiteiten in het dagelijks leven

Risicofactor: Stressvolle gebeurtenissen

Een subdoel van de e-lessen is 'Leren omgaan met problemen'

Risicofactor: Verminderde zelfregulatie en coping

Een subdoel van de e-lessen is 'Leren omgaan met problemen' en 'Nadenken over de toekomst' (toekomstplan maken en nagaan wat dit betekent voor acties in het hier en nu) Een subdoel van de chatboxcursus is regulatie van de stemming middels gedragscognitieve principes (relatie denken, voelen, doen; niet helpende gedachten omzetten in helpende gedachten, leuke activiteiten inplannen die goed gevoel geven)

Risicofactor: Interpersoonlijke problemen

Een subdoel van de e-lessen is 'Realiseren van positieve relaties'.

Verantwoording

Verantwoord hoe met deze aanpak ook daadwerkelijk de (sub)doelen bij deze doelgroep(en) bereikt worden.

De theoretische pijlers van Happylessen zijn de Positieve Psychologie en de Cognitieve Gedragstherapeutische Theorie (CGT) over (verandering in) stemming en welbevinden. Daarnaast is Happylessen gebaseerd op de ASE theorie over gedragsverandering. Hieronder worden per risicofactor en (sub)doel de aanpak en bijbehorende verantwoording beschreven.

Risicofactor: Subklinische depressie

Een subdoel van de Happytest is jongeren zich bewust te maken van hun stemming en te screenen op o.a. depressieklachten middels de CES-D. Degenen met een subklinisch of klinisch klachtenniveau worden doorverwezen naar de Happylessen chatboxcursus (geïndiceerde preventie)

➤ Verantwoording aanpak:

➤ De CES-D is zowel voor volwassenen als voor adolescenten een betrouwbaar en valide screeningsinstrument voor depressieklachten (Cuijpers et al., 2008; Roberts et al., 1995; Bouma et al., 1995). De CES-D score loopt van 0 (geen klachten) tot 60 (veel

klachten). De valideringsstudie van Cuijpers en collega's is uitgevoerd bij 1392 adolescenten van 14 tot 16 jaar met een laag tot hoog opleidingsniveau. Daaruit blijkt dat een CES-d score van 22 geldt als klinisch afkappunt voor adolescenten (Cuijpers et al., 2008). De online en de schriftelijke variant van de CES-D zijn sterk gecorreleerd (Ogles et al., 1998).

- Daarnaast zijn er cognitief gedragstherapeutische (CGT) principes verwerkt in de e-lessen en in de chatboxcursus van Happyles. CGT is effectief gebleken bij subklinische en klinische depressieklachten en wordt CTG aanbevolen voor (sub)klinische depressie in de multidisciplinaire richtlijn depressie, addendum jeugd (Buitelaar et al., 2009). Daarnaast zijn in de e-lessen positief psychologische oefeningen verwerkt die geluksgevoelens en welbevinden bevorderen en subklinische depressieklachten verminderen (Seligman et al., 2006; Keyes, 2007).

Risicofactor: KOPP-problematiek

Een subdoel van de Happylestest is o.a. inventariseren middels vragen over de thuissituatie of er sprake is van ouderlijke psychische of verslavingsproblemen.

- Verantwoording aanpak:
- In het adviesgesprek wordt op basis van de Happylestest kopp-problematiek bespreekbaar gemaakt en worden kopp-jongeren doorverwezen naar kopp-aanbod (bijvoorbeeld kopp-pubergroep of kopstoring.nl).

Risicofactor: Hulpzoekgedrag

Een subdoel van de Happylessen is hulpzoekgedrag bij psychische klachten te bevorderen door destigmatiseren van psychische problemen.

- Verantwoording aanpak:
- Destigmatisering wordt gerealiseerd door de Happylessen, het adviesgesprek en indien mogelijk ook de chatboxcursus in een schoolsetting aan te bieden. Lager opgeleide jongeren zoeken minder snel hulp voor depressieklachten (Vanheusden et al., 2008). Een aanbod in een sociale setting als school destigmatiseert doordat alle jongeren het programma krijgen aangeboden en het verhoogt het bereik van groepen die anders niet bereikt zouden worden (Crutzen, 2009). Destigmatisering wordt ook gerealiseerd door de positief psychologische basis van de Happylessen. Positieve psychologie richt zich op de krachten en sterke kanten van een mens die hem/haar in staat stellen te groeien en zich te ontwikkelen en om te gaan met tegenslagen (Seligman et al., 2005). Er wordt in de lessen niet gesproken over voorkomen van depressie, maar over werken aan de mentale fitheid. Dit zet jongeren meer aan om problemen actief te lijf te gaan en hulp te zoeken indien nodig (Rothman et al., 1997; Lankester et al., 2008). Tot slot wordt hulpzoekgedrag bevordert doordat de e-lessen en chatboxcursus via internet worden aangeboden. Jongeren blijken op internet hun gevoelens en ervaringen makkelijker te delen dan face-to-face (Valkenburg et al., 2006). Internetprogramma's zijn laagdrempelig en bereiken doelgroepen die eerder niet werden bereikt (Riper et al., 2007; 2012), zoals mensen met depressieklachten, die vanwege angst voor stigma geen professionele hulp zoeken (Bijl et al., 2000). Anonimiteit van internetprogramma's, zoals de e-lessen die zelfstandig doorlopen kunnen worden en chatboxcursus waarbij jongeren anoniem voor elkaar zijn in de chatgroep, maakt dergelijk aanbod aantrekkelijk (Valkenburg et al., 2006).

Risicofactor: Negatief interpreteren van situaties en negatieve gedachten

Een subdoel van de Happylessen en van de chatboxcursus is inzicht krijgen in de relatie tussen voelen, denken doen, en in omzetten van niet-helpende gedachten in helpende gedachten en leren inplannen van leuke activiteiten in het dagelijks leven

- Verantwoording aanpak:

- Cognitieve gedragstherapie (CTG) vormt een bouwsteen van de Happylessen en de chatboxcursus. CTG richt zich op het verduidelijken van de relatie tussen gedachten, gevoelens en gedrag. Negatieve irrationele denkpatronen worden omgezet in positieve rationale gedachten, en leuke activiteiten worden gestimuleerd (Lewinsohn et al., 1990). Meta-analyses laten zien dat preventie- en behandelprogramma's gebaseerd op cognitieve gedragstherapie effectief zijn in het reduceren van depressie symptomen bij adolescenten (Weisz et al., 2006; Horowitz et al., 2006; Klein et al., 2007; Stice et al., 2008, 2009).

Risicofactor: Stressvolle gebeurtenissen

Een subdoel van de e-lessen is 'Leren omgaan met problemen'

- Verantwoording aanpak:
- Oefeningen in het omgaan met problemen en problemen oplossen verhogen het welbevinden en geluksgevoel en verminderen depressieklachten (Seligman, 2006; Lyubomirsky, 2005).

Risicofactor: Verminderde zelfregulatie en coping

Een subdoel van de e-lessen is 'Leren omgaan met problemen' en 'Nadenken over de toekomst' (toekomstplan maken en vertalen naar de betekenis in het hier en nu)

Een subdoel van de chatboxcursus is regulatie van de stemming middels gedragscognitieve principes (relatie denken, voelen, doen; niet helpende gedachten omzetten in helpende gedachten, leuke activiteiten inplannen die goed gevoel geven)

- Verantwoording aanpak:
- Coping en zelfregulatie worden bevorderd door positief psychologische oefeningen in problemen oplossen en nadenken over de toekomst. Positieve psychologie richt zich op de krachten en sterke kanten van een mens die hem/haar in staat stellen te groeien en zich te ontwikkelen en om te gaan met tegenslagen (Seligman et al, 2005). Deze oefeningen vergroten het welbevinden en geluksgevoel en verminderen depressieklachten (Seligman, 2006; Lyubomirsky, 2005). Zelfregulatie van de stemming wordt gerealiseerd door de cognitieve gedragstherapeutische principes in de e-lessen en de chatboxcursus.

Risicofactor: Interpersoonlijke problemen

Een subdoel van de e-lessen is 'Realiseren van positieve relaties'.

- Verantwoording aanpak:
- De oefeningen in de e-lessen omvatten oefeningen in vriendelijk zijn voor een ander, iets doen voor een ander en leren om handig te zeggen aan een ander wat je voelt en denkt. Deze vergroten het welbevinden en geluksgevoel en verminderen depressieklachten (Seligman, 2006; Lyubomirsky, 2005).

Verschillende risicofactoren

Elementen uit het gedragsveranderingsmodel ASE (Vries et al., 1988) dragen bij aan de gewenste gedragsverandering die leidt tot vermindering van verschillende bovengenoemde risicofactoren (hulpzoekgedrag, interpersoonlijke problemen, verminderde zelfregulatie en coping, stressvolle gebeurtenissen, negatief interpreteren van situaties).

- Verantwoording aanpak:

Het ASE-model gaat uit van drie primaire determinanten van gedrag(sverandering): attitudes (A), sociale invloeden (S) en eigen effectiviteit (E). De attitude verwijst naar de kennis, evaluatie en consequenties van het gedrag. Zijn de gevolgen belonend of straffend? De sociale invloed verwijst naar de sociale normen, het waargenomen gedrag van anderen en de directe druk of de ervaren steun voor bepaald gedrag. Eigen effectiviteit verwijst naar de inschatting van een persoon om een bepaald gedrag te kunnen uitvoeren. De attitudes en de verwachtingen van de sociale invloed en eigen effectiviteit beïnvloeden de motivatie

voor gedragsverandering. De Happylessen, de chatboxcursus en het adviesgesprek sluiten als volgt aan bij het ASE-model:

- Attitude' wordt beïnvloed door in het klassikaal aanbod, het adviesgesprek en de chatboxcursus kennis te vergroten over mechanismen die spelen bij somberheid en geluk. De verschillende programmaonderdelen geven inzicht in somberheid en geluk en in de gevolgen van het eigen gedrag op gevoelens van somberheid en geluk.
- 'Sociale invloeden' wordt beïnvloed door de klassikale introducties, door de voorbeelden en filmpjes met leeftijdgenoten in de e-lessen en door de online groepscursus, waarin steun van andere jongeren/de groep kan worden ervaren bij de gedragsverandering.
- 'Eigen effectiviteit' wordt bevorderd door via het klassikaal aanbod en de groepscursus vaardigheden aan te leren die de psychische gezondheid en mentale veerkracht bevorderen. Hierdoor zullen leerlingen meer vertrouwen krijgen in de eigen effectiviteit.

Werkzame elementen

Wat zijn de werkzame elementen die de doelen van de interventie realiseren? Geef een puntsgewijze opsomming.

Klassikaal aanbod (face-to-face-les, e-lessen, Happytest, toets)

- Happylessen is geschikt voor lager opgeleide jongeren – eenvoudig taalgebruik, veel beeldmateriaal en weinig tekst. Het aanbod is in samenwerking met de doelgroep ontwikkeld en aangescherpt op basis van drie pilots (Van der Zanden et al, 2013).
- Happylessen is gebaseerd op de positieve psychologie en op cognitieve gedragstherapie die effectief zijn gebleken voor de aanpak van (subklinische) depressie (Weisz et al, 2006; Stice et al., 2008, 2009, Cuijpers et al., 2011, Seligman et al., 2005).
- Happylessen is gebaseerd op de ASE theorie hetgeen de gewenste gedragsverandering zoals geformuleerd in 'verantwoording' bevordert (Vries et al., 1988).
- Happylessen is 'positief geframed'. Er wordt niet gesproken over depressie voorkomen, maar over werken aan de mentale veerkracht of psychische gezondheid. Onderzoek laat zien dat 'positive message framing' and 'positive goal setting' van belang zijn om angst voor stigmatisering te verminderen en actieve probleemoplossing te stimuleren (Rothman et al., 1997; Lankester et al., 2008).
- De e-lessen zijn een vorm van e-learning dat het leerproces bevordert (Means et al., 2010).
- De e-lessen passen bij de digitale leefwereld van jongeren (CBS, 2010; Dekker et al., 2006; Young Works, 2005).
- Happylessen werkt aan destigmatisering van psychische problemen dat het hulpzoekgedrag van jongeren bevordert (Vanheusden et. al., 2008).
- Happylessen wordt aangeboden in een sociale setting, een onderwijsinstelling. Zo worden ook jongeren bereikt die bijvoorbeeld vanwege angst voor stigmatisering niet zelf op zoek gaan naar hulp (Crutzen et al., 2009; Riper et al., 2007, 2012).
- Happylessen wordt door getrainde professionals uit GGZ of GGD gegeven. Programma's uitgevoerd door getrainde gezondheidszorgprofessionals laten grotere effecten zien voor depressie bij adolescenten dan programma's uitgevoerd door getrainde leerkrachten (Stice et al., 2009).
- Er is een Happylessen helpdesk beschikbaar voor uitvoerende partijen. Dit ondersteunt een goede implementatie wat ten goede komt aan de effectiviteit van het programma (Stice et al., 2009; Corrieri et al, 2013).

- Happyles vergroot het bewustzijn bij jongeren van de eigen stemming. Zij gaan daardoor gerichter en opener het adviesgesprek in en staan ook meer open voor eventuele doorverwijzing naar hulp (Van der Zanden et al., 2013).

Happyles Chatboxcursus

- De Happyles chatboxcursus is een voor de doelgroep (V)MBO-ers aangepaste vorm van de online cursus Gripopjedip die effectief is gebleken in het reduceren van depressieklachten (Van der Zanden et al., 2012). De Happyles chatboxcursus bevat minder tekst, meer beeld en voorbeelden, en er is meer ondersteuning bij de toeleiding naar de cursus.
- De Happyles chatboxcursus is gebaseerd op cognitieve gedragstherapie die effectief is gebleken voor de aanpak van (subklinische) depressie (Weisz et al., 2006; Stice et al., 2008, 2009, Cuijpers et al., 2011). Dit geldt ook voor lager opgeleide jongeren: de RCT naar Gripopjedip toont aan dat er geen verband is tussen opleidingsniveau van de cursisten (incl. (V)MBO-ers) en de effectiviteit van het aanbod (Van der Zanden et al., 2012). Dat neemt niet weg dat GOJD, waarvoor jongeren zich zonder op maat doorverwijzing kunnen opgeven, relatief minder lager opgeleide jongeren bereikt dan hoger opgeleide jongeren.
- Jongeren kunnen anoniem voor elkaar deelnemen in de chatgroep, wat angst voor stigmatisering tegengaat en de drempel verlaagt om open te communiceren over ervaren problemen (Gerrits et al, 2007; Riper et al. 2013).
- De Happyles chatboxcursus bevat huiswerkopdrachten, hetgeen samenhangt met grotere effectiviteit (Stice et al., 2009).
- De Happyles chatboxcursus is gericht op de doelgroep met een verhoogd depressieniveau. Interventies voor een geïndiceerde doelgroep laten grotere effecten zien voor depressie (Stice et al., 2009).
- De Happyleschatboxcursus wordt door getrainde preventiewerkers uit GGZ gegeven om de kwaliteit van de uitvoering en daarmee effect te waarborgen (Corrieri et al, 2013; Stice et al., 2009).

Persoonlijk adviesgesprek

Onderzoek naar Happyles wijst uit dat (Van der Zanden et al., 2013):

- Doordat de leerling de professional al kent uit de Happylessen, het gesprek op school plaatsvindt tijdens lesuur en alle leerlingen het gesprek krijgen aangeboden, wordt het adviesgesprek als laagdrempelig en niet stigmatiserend ervaren, wat ten goede komt aan de openheid van de leerlingen over hun eventuele problemen. Er kan daardoor soepele, gerichte doorverwijzing plaatsvinden naar de effectieve hulp.
- Ook jongeren die de Happytest niet conform de werkelijkheid hebben ingevuld, hebben de kans openheid van zaken te geven over eventuele problemen in het adviesgesprek.
- Door het klassikaal aanbod zijn jongeren zich bewust geworden van hun eigen stemming en eventuele problemen, waardoor het adviesgesprek effectief kan verlopen.
- Jongeren waarderen het adviesgesprek positief.

Overige opmerkingen

- Happyles is een compact programma dat goed ingebed kan worden in het schoolcurriculum (bijvoorbeeld mentoruur) en in de zorgstructuur binnen het onderwijs (denk aan koppelen van adviesgesprek aan JGZ contactmoment adolescenten en PGO). Dit bevordert soepele implementatie en daarmee de effectiviteit van het programma.
- Door de compactheid van het Happylesprogramma kan dit ook goed gekoppeld worden aan of ingebed worden in een breder leefstijlprogramma waarin gewerkt wordt aan

thema's als middelengebruik, overgewicht etc. De Happylestest kan effectmeting op deze aspecten meenemen.

4. Uitvoering

Materialen

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

- Website www.happyles.nl met:
 - . informatie en filmpje over Happyles
 - . online Happylestest – mede ter evaluatie van de e-lessen
 - . twee e-lessen (2x45 minuten)
 - . chill-out en dossier
 - . backoffice voor begeleiders
 - Happyles brochure, poster, flyer via www.happyles.nl
 - Handleiding voor het klassikale aanbod (face-to-face introductieles, e-lessen, toets)
 - Handleiding voor de online groepscursus
 - DVD met kort filmpje over geluk, dat tijdens de f-t-f introductieles kan worden getoond
-

Type organisatie

Welk(e) soort(en) organisatie(s) kan /kunnen de interventie uitvoeren?

Het universele onderdeel van Happyles kan worden uitgevoerd door GGZ-preventiewerkers, medewerkers van een GGD/JGZ, maar eerste lijnspsychologen of andere beroepsgroepen die opgeleid zijn in de geestelijke gezondheidszorg. Afstemming en samenwerking met mentoren en zorgcoördinatoren is daarbij van belang.

Het geïndiceerde deel van Happyles wordt uitgevoerd door getrainde GGZ-professionals (bijv. GGZ-preventiemedewerkers). Cursusmaterialen zijn uitsluitend verkrijgbaar voor getrainde professionals en kunnen besteld worden via het Trimbos-instituut.

Opleiding en competenties

Welke opleiding /training en specifieke competenties van de uitvoerders zijn vereist?

Voor zowel e-lessen als online groepscursus:

- Universitair of HBO-niveau (psychologie, pedagogiek, medische achtergrond, spv-ers)
- Kennis van depressie (ontstaan, kenmerken depressie en voorstadia, risicofactoren)

- Kennis van psycho-sociale problematiek bij jongeren
 - Kennis van aangrijpingspunten voor preventie en behandeling; kennis over cognitieve gedragstherapie en positieve psychologie
 - Ervaring of affiniteit met jongeren, en specifiek met lager opgeleide jongeren
-

Kwaliteitsbewaking

Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?

Uitvoerders van Happyles worden getraind en ontvangen de Happyles-handleiding voor de e-lessen en de online groeps cursus. In de handleidingen staat vermeld welke evaluaties wanneer plaatsvinden:

- Aan het einde van de introductieles wordt er met de klas geëvalueerd hoe de les ging en wordt feedback van leerlingen gevraagd.
- Daarnaast krijgen de jongeren na de e-lessen de Happylestest (nameting), waarin ook tevredenheidsvragen zijn opgenomen
- Ook de groeps cursus wordt geëvalueerd; na de laatste sessie vullen de jongeren nogmaals de Happylestest (incl. tevredenheidsvragen) in.

Tot slot kunnen uitvoerders van Happyles telefonisch of per mail de Trimbos-helppes raadplegen wanneer zij knelpunten ervaren. Op deze manier wordt het verloop van de interventie versoepeld en problemen snel verholpen.

Randvoorwaarden

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

Training van uitvoerende partijen

- Training universele deel van Happyles
- Training geïndiceerde deel van Happyles

Goede samenwerking tussen de onderwijsinstelling en uitvoerende partij

- Volledige commitment van de onderwijsinstelling
- Heldere communicatie samenwerkingspartners (bijv. zorgcoördinatoren, mentoren) en een duidelijke planning
- Faciliteiten op orde (computerlokalen)
- Uitvoering Happylessen door getrainde professionals i.p.v. leerkrachten
- Adviesgesprek voor alle leerlingen na de e-lessen en Happylestest
- Belang van snelle beschikbaarheid van hulp bij doorverwijzing van leerlingen voor wie de chatbox cursus niet geschikt is, maar die wel andere hulp nodig hebben zoals kopp-aanbod
- Overzicht bij de uitvoerende partij van de lokale of regionale hulpmogelijkheden in de jeugdzorgketen

Eisen voor e-lessen

- Stabiele internetverbinding
- Internet Explorer 7, Firefox of Google Chrome als browser
- Up-to-date flash player

- Aanwezigheid van (ICT) systeembeheerder in de eerste 15 minuten van de eerste e-
- les voor mogelijk technische problemen met firewalls en dergelijke software.
- Oordopjes voor de begeleider en iedere leerling bij de computers, voordat de les start.

Eisen voor online groeps cursus

Cursisten en begeleiders hebben een computer nodig met minimaal Explorer 5.5, Netscape 6.0, Javascript ondersteuning, schermresolutie 800x600, Adobe Flash Player en voldoende geheugen om te kunnen chatten. Ook hebben zij een koptelefoon nodig om het geluid bij de filmpjes te kunnen horen.

Implementatie

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Waarom Happyles

Depressie ontstaat doorgaans in de adolescentie, belemmert leerprestaties en gaat vaak samen met andere problemen zoals sociaal disfunctioneren, schooluitval, suïcidaliteit. Vroegtijdig ingrijpen is van belang. Happyles is een kort stepped-care programma dat veelbelovende resultaten laat zien bij (V)MBO leerlingen op depressieklachten en welbevinden, maar laat ook bij HAVO/VWO leerlingen positieve resultaten zien. Zorgleerlingen komen via de Happylestest snel in beeld, waarna op maat doorverwijzing kan plaatsvinden naar de chatboxcursus of andere ondersteuning, bijvoorbeeld KOPP-aanbod, faalangstraining etc. Door de positief psychologische invalshoek worden psychische problemen gedestigmatiseerd en worden leerlingen geactiveerd problemen aan te pakken. Door de compactheid van Happyles, dat tevens een screener bevat, kan het goed worden ingebed in het curriculum en de zorgstructuur van de school. Happyles kan door de compactheid ook goed gecombineerd worden met andere leefstijlinterventies (overgewicht, middelengebruik etc.). Als vervolgstap op de drie pilot studies met veelbelovende resultaten, staat effectonderzoek (RCT) naar Happyles in het (V)MBO (inclusief de facultatieve onderdelen) in de planning.

Happyles is een stepped-care aanbod. Het is niet enkel een interventie voor versterken van veerkracht en voorkomen van depressie bij jongeren, maar is tevens een screener (Happylestest) en bevat een online geïndiceerd depressieaanbod voor leerlingen met een verhoogd depressieniveau. De doelmatigheid van Happyles kan vergroot worden wanneer het ingebed wordt in 'mentoruur' of 'loopbaan en burgerschap' lessen en wanneer Happyles gekoppeld wordt, middels het adviesgesprek, aan het contactmoment voor adolescenten door de GGD/JGZ.

Implementatie en aanmelden

Zowel onderwijsinstellingen als GGZ-preventie/GGD kunnen zich aanmelden voor Happyles. Voor de implementatie van Happyles wordt aanbevolen dat de onderwijsinstelling(en) nauw samenwerken met de GGZ-preventie of GGD. Aanbevolen wordt dat deze laatste partijen de interventie op school begeleiden en uitvoeren, in afstemming met docent/mentor/zorgcoördinator.

De reden hiervan is dat met de uitvoering van Happyles en de Happylestest zorgleerlingen naar voren komen, voor wie op maat ondersteuning en hulp wenselijk is. Onderzoek naar universele schoolprogramma's voor adolescenten ter voorkoming van psychische

problemen zoals depressie laat zien dat de uitvoering ervan door getrainde professionals op het gebied van geestelijke gezondheid, grotere effecten laten zien (Stice et al., 2009). Ook de pilots met Happyles lijken in die richting te wijzen. Scholen worden daarom geadviseerd contact op te nemen met hun lokale/regionale GGD of GGZ-preventie voor samenwerking, als zij Happyles willen uitvoeren in hun onderwijsinstelling.

Daarnaast wordt geadviseerd om de leerlingen in hun (V)MBO leer carrière twee maal Happyles aan te bieden: eenmaal in het eerste of tweede leerjaar en eenmaal in het derde of vierde leerjaar.

Partijen (GGD, GGZ, onderwijs) kunnen zich aanmelden bij het Trimbos-instituut of via de website www.happyles.nl. Het Trimbos kan advies op maat geven voor implementatie van Happyles op basis van voorgaand onderzoek en ervaringen met invoering van Happyles in het onderwijs. Geïnteresseerde partijen kunnen een offerte opvragen, liefst in onderlinge afstemming.

Om de kwaliteit van de uitvoering te bewaken worden op het Trimbos Happylestrainingen gegeven voor de uitvoerders en kunnen partijen tijdens de uitvoerperiode een beroep doen op de Happyles-helptdesk van het Trimbos. Tussentijds vindt een evaluatiegesprek plaats tussen de regionale contactpersoon van het Happylesproject en het Trimbos instituut. Knelpunten (mede gesignaleerd door de helptdesk) en oplossingen worden doorgesproken. Indien gewenst kunnen monitorgegevens worden opgevraagd en aangeleverd. Daarbij gaat het om geanonimiseerde voor- en nametingsgegevens op klasniveau van depressieniveau en welbevinden.

Gezonde School

Happyles zal na beoordeling en toelating tot de databank effectieve jeugdinterventies worden aangemeld bij de Gezonde School (CGL) en zal als module 'psychische gezondheid' onderdeel worden van de Gezonde School en Genotmiddelen (Trimbos-instituut).

Kosten

Geïnteresseerde instellingen kunnen een offerte opvragen bij het Trimbos-instituut.

Prijsindicatie Happyles e-lessen en Happyles chatboxcursus 2014

In 2014 zijn de kosten 14 euro per leerling. Voor de toekomstige uitrol geldt: hoe meer regio's participeren, hoe lager de prijs per leerling. Deze kosten zijn *inclusief* toegang tot het Happyles-systeem (e-lessen en chatboxcursus), een afgesloten backoffice-omgeving, handleidingen, wervingsmateriaal, tussentijds evaluatiegesprek, en gedurende de hele looptijd van het project toegang tot de helptdesk van het Trimbos Instituut. Op aanvraag kunnen monitorgegevens worden geleverd. De inkomsten worden naast het uitvoeren van het primaire proces ook aangewend voor technische en inhoudelijke updates.

De kosten zijn *exclusief* de eenmalige trainingskosten van 150 euro p.p. en de uitvoeringsuren van de onderwijsinstelling en de preventiewerkers (GGZ/GGD/JGZ). Voor de uitvoeringsuren voor de preventiewerkers moet rekening worden gehouden met de volgende tijdsbesteding:

Uitvoeringsuren Happyleslessen

Per klas ca. 6 uur: face-to-face introductieles van 45 minuten, twee e-lessen van 45 minuten, een laatste les waarin de Happytest als nameting wordt afgenomen (15 minuten). Daarbovenop komt in totaal drie tot vier uur voorbereidingstijd.

Uitvoeringsuren online groepscursus

De totale tijdsinvestering van de online cursus is beraamd op 36 uur, uitgaande van een groep van 6 cursisten en twee cursusleiders. Bij minder cursisten kan de cursus door 1 begeleider worden gegeven. De tijdsinvestering voor de voorbereiding, eerste afhandeling van de aanmeldingen, de screening en eventuele doorverwijzingen bedraagt 10 uur. Voor de voorbereiding en uitvoering van de online cursus van zes bijeenkomsten van anderhalf uur wordt 24 uur gerekend (twee begeleiders). Tot slot wordt voor eventuele nazorg aan cursisten twee uur gerekend.

Uitvoeringsuren adviesgesprek (optioneel)

In de Haagse pilot duurden ca. driekwart van de adviesgesprekken tussen de 2 en 10 minuten en ca. een kwart van de gesprekken tussen de 11 en 20 minuten.

5. Onderzoek naar praktijkervaringen

Onderzoek praktijkervaringen

Is er onderzoek gedaan naar de praktijkervaringen met de interventie en wat zijn daarvan de meest relevante uitkomsten?

Er zijn drie pilots met Happyles uitgevoerd.

Pilot 1: van der Linden et al. (2011a)

Proces- en effectevaluatie op vier MBO scholen (leeftijd 16-25 jaar, N=186), door middel van lesobservaties in alle klassen door medewerkers van het Trimbos-instituut, evaluatievragenlijsten bij docenten en studenten, en een voor- en nametingsvragenlijst bij studenten over depressiesymptomen (CES-D) en welbevinden (Adolescent Mental Health Continuüm, MHC-SF, van Westerhof et al., 2010).

Uitkomst: Happyles werd door leerkrachten, getraind door Trimbos-instituut, gegeven. De studenten beoordeelden de e-lessen als 'goed' en leerkrachten oordeelden ook positief. Studenten gaven verbeterpunten voor technische aspecten, hoeveelheid tekst en opdrachten en voor de filmpjes (lengte en script). Het aantal e-lessen is van vijf teruggebracht naar twee plus een face-to-face-introductieles en de hoeveelheid tekst en oefeningen werd verminderd. Daarnaast werd de interventie aangevuld met filmpjes die waargebeurde en herkenbare situaties bevatten in plaats van verzonnen scripts. De getrainde leerkrachten voerden de interventie volgens de observaties met wisselende kwaliteit uit. Tot slot werd door hen onvoldoende aandacht besteed in de lessen aan de mogelijkheid van de Happyles chatboxcursus voor studenten met verhoogde depressiescores, waardoor aanmeldingen hiervoor uitbleven.

Pilot 2: van der Linden et al. (2011b)

Proces- en effectevaluatie op vier VMBO-VWO scholen in Nederland (leeftijd 13-17 jaar, N=279), door middel van lesobservaties in alle klassen door medewerkers van het Trimbos-instituut, evaluatievragenlijsten bij docenten en studenten, en een voor- en

nametingsvragenlijst voor de leerlingen over depressiesymptomen (CES-D) en welbevinden (WEMWBS, Tennant et al., 2007).

Uitkomst: VMBO-ers gaven de hoogste tevredenheidsscores. Leerkrachten, getraind het door Trimbos-instituut, voerden de interventie volgens de klasobservaties met wisselende kwaliteit uit. Ook het onderscheid tussen de e-lessen en de chatboxcursus werd niet duidelijk gecommuniceerd naar de leerlingen. Om o.a. het doel en de onderdelen van Happyles beter neer te kunnen zetten voor de leerlingen is in pilot 3 een face-to-face introductieles toegevoegd. Ook is in pilot 3 overgestapt op uitvoering van Happyles door getrainde GGZ-preventiewerkers en niet meer door leerkrachten.

Pilot 3: van der Zanden et al. (2013)

Proces- en effectevaluatie van Happyles op drie VMBO scholen in een Haagse krachtwijk (leeftijd 13-17 jaar, N=373), door middel van evaluatievragenlijsten bij school, ketenpartners en leerlingen, en een voor- en nametingsvragenlijst over depressiesymptomen (CES-D), welbevinden (WEMWBS), middelengebruik, schoolverzuim, thuissituatie bij leerlingen. Alle VMBO niveaus waren vertegenwoordigd in deze pilot, inclusief LWOO. Happyles is uitgevoerd door getrainde GGZ-preventiewerkers. Er is een adviesgesprek toegevoegd voor alle leerlingen (ter voorkoming van stigmatisering) waarbij Happylestest als input werd gebruikt.

Uitkomst: De betrokken docenten en zorgcoördinatoren, de preventiemedewerkers en de leerlingen oordeelden positief over het totale Happylesaanbod. Ca. driekwart van de leerlingen beoordeelden de Happylessen als (erg) positief en 90% beoordeelde het adviesgesprek als (heel) positief. De betrokken partijen waren het erover eens dat Happyles een toegevoegde waarde biedt en breed kan worden geïmplementeerd in Haagse (V)MBO's. Vereenvoudiging in taalgebruik en toevoeging van een introductiefilmpje voor de face-to-face introductieles werden aanbevolen (en zijn inmiddels gerealiseerd). De online chatboxcursus (buiten schooltijd, thuis) werd inhoudelijk als goed beoordeeld door de uitvoerders, maar leek minder geschikt voor deze doelgroep jongeren; 16 jongeren hadden zich aangemeld, waarvan er slechts drie jongeren één of meer sessies hebben gevolgd. In Den Haag wordt overwogen om de Happylescursus, waar het project na de pilot verder wordt uitgerold, voor deze doelgroep face-to-face te geven op school.

6. Onderzoek naar de effectiviteit

Onderzoek in Nederland

Is er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de interventie in Nederland en wat zijn daarvan de uitkomsten?

1^e pilot: E-lessen 16-25 jarigen (MBO)

- N=186, 25% migrantenachtergrond
- Significante toename van welbevinden op groepsniveau
- Geen verschil tevredenheid en effect tussen autochtone en m leerlingen met migrantenachtergrond
- Leerlingen met migrantenachtergrond lager welbevinden op voormeting dan autochtone leerlingen

2^e pilot: E-lessen 13-17 (VMBO t/m VWO)

- N=279, 38% migrantenachtergrond

- Significante toename welbevinden en afname depressieklachten bij subklinische groep
- VMBO-ers hoogste depressiescores op voormeting
- VMBO-ers hoogste tevredenheidsscores
- Geen verschil in tevredenheid en effect tussen autochtone en leerlingen met migrantenachtergrond
- Leerlingen met migrantenachtergrond hoger depressieniveau op voormeting dan autochtone leerlingen

3^e pilot: E-lessen 13-17 jarigen (VMBO, 4 niveaus, incl. LWOO)

- N=373, 90% migrantenachtergrond
- Significante afname van depressieklachten bij subklinische en klinische groep (met jongens en meisjes)
- Op groepsniveau: Meisjes significante afname van depressieklachten en toename welbevinden.
- Leerlingen zonder depressieklachten op de voormeting gaven gemiddeld significant meer klachten op de nameting. Echter deze klachten lagen nog steeds onder subklinisch niveau. Mogelijk dat een beter ontwikkeld bewustzijn van de eigen psychische staat door de Happylessen hierin een rol speelt.
- Meisjes hogere tevredenheidsscores (7.7.) dan jongens (7.0)

Over de effecten van de Happyless chatboxcursus zijn nog onvoldoende gegevens bekend, maar gezien de theoretische basis (cognitieve gedragstherapie) en de effectiviteit van de GOJD online cursus waarop de Happyless chatboxcursus is gebaseerd, mag verwacht worden dat deze (geïndiceerde) interventie effectief is in het reduceren van depressieklachten. De Happyless chatboxcursus is aangepast voor en sluit aan bij lager opgeleide jongeren: de hoeveelheid tekst is teruggebracht en aansprekende voorbeelden en beeldmateriaal, voortbouwend op de e-lessen, zijn toegevoegd.

Gestreefd wordt naar de uitvoering van een RCT naar het Happyless-aanbod (incl. de facultatieve onderdelen).

Onderzoek naar vergelijkbare interventies

Is er onderzoek gedaan naar de effectiviteit van deze of een vergelijkbare interventie (in Nederland en in het buitenland) en wat zijn daarvan de uitkomsten?

Gripopjedip (6 online sessies)

Er is een RCT uitgevoerd naar de online groeps cursus Gripopjedip (Van der Zanden et al., 2012), waarop de Happyless chatboxcursus is gebaseerd (het geïndiceerde deel van Happyless). Een gerandomiseerde trial met een interventiegroep (N=121) en een controlegroep (N=123). De participanten hadden een CES-D score tussen de 10-45 en waren tussen de 16-25 jaar oud. Gestandaardiseerde vragenlijsten zijn afgenomen voor depressie (CES-D), angstklachten (HADS-A) en gevoel van controle (Mastery).

Effectgroottes werden berekend voor beide groepen, waarin de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep een significante afname vertoonde in depressieklachten na drie maanden. De between-groups effectgrootte voor depressie was $d = 0.94$, voor angst $d = .49$ en mastery $d = .44$. Effecten in de experimentele groep bleven behouden tot 6 maanden na de baseline meting. Number Needed to Treat (NNT) is 2.7, wat een zeer gunstig resultaat is (Smit et al, 2013).

Levensvaardigheden (17 lessen en 3 extra modules)

Onderzoek met een experimentele en controlegroep. De experimentele groep bestond uit 412 (I)VBO, MAVO, HAVO en VWO leerlingen, in de leeftijd van 14-17 jaar afkomstig uit de derde klas van zes scholen voor voortgezet onderwijs in Rotterdam. De controlegroep bestond uit 546 leerlingen, geselecteerd, afkomstig van vijf Rotterdamse scholen voor voortgezet onderwijs, die de lessen niet aangeboden kregen. De toewijzing van de experimentele en de controlegroep vond plaats via de 'wachtlijstmethode': de scholen die direct konden meedoen aan het programma vormden de experimentele groep, de scholen die nog geen tijd hiervoor hadden maar wel belangstelling werden in de controlegroep geplaatst. Belangrijkste resultaten (Gravesteyn et al., 2004):

- zowel bij de nameting als de follow-up meting ervaren jongeren een groter gevoel van persoonlijke effectiviteit in conflictsituaties;
- jongeren hebben op de korte en langere termijn een groter gevoel van zelfwaardering;
- jongeren gaan vooruit wat betreft hun intenties om sociale en emotionele vaardigheden te gebruiken;
- bij de mate waarin jongeren hun negatieve emoties uiten was geen verschil tussen de experimentele en controlegroep;
- de onderlinge verhouding tussen jongeren verbetert na het volgen van levensvaardigheden, zowel op de korte als op de lange termijn;
- op de korte termijn geven jongeren aan minder (vaak) gedachten aan zelfdoding te hebben en minder pogingen te doen;
- er waren geen verschillen van betekenis tussen de groepen bij de relatie tussen leerlingen en docenten. (uit: databank effectieve jeugdinterventies NJI)

Leefstijl (46 tot 48 lessen in 1 of 2 jaar uit te voeren)

Het Kohnstamm Instituut heeft in 2013 onderzoek afgerond naar de implementatie van Leefstijl: effecten van Leefstijl zijn subtiel t.a.v. sfeer op school en onderlinge relaties tussen leerlingen en leerkrachten (uit: databank effectieve jeugdinterventies NJI).

Taakspel - Module voortgezet onderwijs (gedurende hele schooljaar)

Lopend onderzoek met quasi-experimenteel design in voortgezet onderwijs (VMBO): voorlopige, ongepubliceerde resultaten laten geen effect zien voor depressie of welbevinden, mogelijk door onvoldoende programma integriteit.

Lessen in geluk (6 lessen)

Gerandomiseerd onderzoek bij 631 middelbare scholen (25 2e klassen). De hypothese dat de lessen zouden leiden tot een verbetering van zelf gerapporteerde geluk en gezondheid werden niet bevestigd. De scores direct voor en direct na de lessen waren niet significant anders voor de experimentele en de controlegroep. De hypothese dat de lessen zouden leiden tot een verbetering van de schoolprestaties werd wel ondersteund. De kinderen die Lessen in Geluk volgden hadden aan het einde van het jaar hogere eindcijfers dan leerlingen uit de controlegroep. (bron: http://www.verwey-jonker.nl/actueel/overig_nieuws/2011/geluksles verbetert schoolprestaties)

7. Aangehaalde literatuur

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

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Bijl, R. V., & Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 30, 657-668.

Bouma, J., Ranchor, A. V., Sanderman, R., & Van Sonderen, E. (1995). *Het meten van symptomen van depressie met de CES-D. Een Handleiding*. Groningen: Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken.

Buitelaar J., van Keulen M., Nauta M., Stikkelbroek Y., Ruiters M., van Duin D. (2009) *Addendum Jeugd bij de MDR depressie. Versie 1.0*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Cicchetti D, Toth SL. (1998). The development of depression in children and adolescents. *Am Psychol*, 53(2):221-241.

Corrieri, S., Heider, D., Conrad, I., Blume, A., Ko, H., Riedel-Heider, S.G. (2013). School-based prevention programs for depression and anxiety in adolescence: a systematic review *Health Promotion International Advance Access*, 1-15.

Costello J.E., Erkanli A., Angold A. (2006). Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J. Child Psychol. Psychiatry*, 47:1263-1271.

Costello, D.M., Swendsen, J., Rose, J.S., Dierker, L.S. (2008). Risk and Protective Factors Associated with Trajectories of Depressed Mood from Adolescence to Early Adulthood. *J Consult Clin Psychol*. 2008 April, 76(2): 173-183.

Cuijpers, P. (1998). Korte bijdrage. Het belang van subklinische depressies. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40, 10, 635-640.

Cuijpers, P., van Straten, A., Smit, F. (2007). Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatr Scand*, 115: 434-441.

Cuijpers, P., & Smit, F. (2008). Subklinische depressie: Een klinisch relevante conditie? *Tijdschrift voor Psychiatrie* 50, 8, 519-528.

Cuijpers P., van Straten A., Smit F., Mihalopoulos C., Beekman A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders: A meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1272-1280.

Cuijpers, P., Boluijt, P., van Straten, A. (2008). Screening of depression in adolescents through the Internet : sensitivity and specificity of two screening questionnaires. *Eur Child Adolescent Psychiatry*, 17(1): 32-8.

Cuijpers P, van Straten A, Donker T, Andersson G (2011). Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 354-364.

Dopheide JA. (2006). Recognizing and treating depression in children and adolescents. *Am J Health Syst Pharm*, 1;63(3):233-243.

- Crutzen, R. (2009). *Hard to get, hard to keep. Dissemination of and exposure to internet-delivered health behavior change interventions aimed at adolescents*. Maastricht: Datawyse.
- De Graaf, R., Ten Have, M., & Van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- De Hollander, A. E. M., Hoeymans, N., Melse, J. M., Van Oers, J. A. M., & Polder, J. J. (2006). *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006. RIVM-rapport*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dekker, W., Hoogervorst, D., & Witteman, R. (2006). *Young 2006*. Hoofddorp: Sanoma Uitgevers.
- Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychol Med*, 30(1):23-39.
- Garber, J. (2006). Prevention of depression in children and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 31, 104-124.
- Gerrits, R. S., Van der Zanden, A. P., Visscher, R. F. M., & Conijn, B. P. (2007). Master your mood online (Gripopjedip online): A preventive chat group intervention for adolescents. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health*, 6, 151-162.
- Glied S, Pine DS.(2002). Consequences and correlates of adolescent depression. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 156(10):1009-1014.
- Gravesteyn, C., Diekstra, R.F.W, Wilde, E.J. de, & Koren, E. (2004a). Effecten van 'Levensvaardigheden'. Een vaardigheidsprogramma voor adolescenten. In: *Kind en adolescent*, 25, 227-290.
- Gray, P. (2007). *Psychology (5th ed.)*. United States, NY: Worth Publishers.
- Griffin, K., Scheier, W., Lawrence M., Botvin, G.J., Diaz, T. (2001). Protective role of personal competence skills in adolescent substance use: Psychological well-being as a mediating factor. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15(3):194-203.
- Georgiades K, Lewinsohn PM, Monroe SM, Seeley JR. (2006). Major depressive disorder in adolescence: the role of subthreshold symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45(8):936-944.
- Hoek, W., Schuurmans, J., Koot, H. M., & Cuijpers, P. (2009). Prevention of depression and anxiety in adolescents: a randomized controlled trial testing the efficacy and mechanisms of Internet-based self-help problem-solving therapy. *Trials*, 10.
- Horowitz, J.L., Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (3), 401-415.

- Keyes, C. L. M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *The American Psychologist*, 62, 95-108.
- Klein, J.B., Jacobs, R.H., Reinecke, M.A. (2007). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression: a meta-analytic investigation of changes in effect-size estimates. *J.Am.Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 46 (11), 1403-1413.
- Lankester, A. (2009). *Het effect van positive framing op het bereik van Gripopjedip. Master thesis. [The effect of positive framing on reaching the target group of Master Your Mood]*. Nijmegen: Universiteit van Nijmegen.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N, Hops, H., & Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385-401.
- Lyubomirsky, S. (2007). *De maakbaarheid van het geluk*. Amsterdam: Uitgeverij Archipel.
- Mathers CD, Loncar D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3(11): e442.
- Means, B., Toyama Y., Murphy R., Bakia M., Jones, K., (2010). *Evaluation of Evidence-Based Practices in Online Learning: A Meta-Analysis and Review of Online Learning Studies*. Washington D.C.: U.S. Center for Technology in Learning.
- Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P. (2006). *Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven, Netherlands: RIVM.
- Merry S.N., Hetrick S.E., Cox G.R., Brudevold-Iversen T., Bir J.J., McDowell H. (2011). Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane. Database. Syst. Rev.* 7;(12).
- Moussavi S., Chatterji S., Verdes E., Tandon A., Patel V., Ustun B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 8;370(9590):851-8.
- Notenboom, M., Male L. (2008). *Mental health portal – resultaten naar aanleiding van een verkennend onderzoek*. Amsterdam: Bureau Ferro (intern rapport).
- Ogles, B.M., France, C.R., Lunnen, K.M., Bell. M.T., Goldfarb, M. (1998). Computerized depression screening and awareness. *Community Ment Health J*, 34(1): 27-38.
- Riper, H., Smit, F., Van der Zanden, A. P., Conijn, B., Kramer, J., & Mutsaers, K. (2007). *E-Mental Health. High Tech, High Touch, High Trust*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Riper, H., van Ballegooijen, W. Kooistra, L., de Wit J., Donker T (2013). *Preventie & eMental-health Onderzoek dat leidt, technologie die verleidt, preventie die bereikt en beklijft. Kennissynthese 2013*. In opdracht van ZonMw. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- RIVM (2013). www.nationaalkompas.nl, versie 4.13, 26 september 2013.

- Roberts, R.E., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R. (1991). Screening for adolescent depression: a comparison of depression scales. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30(1): 58-66.
- Romijn, G.A., Zanden A.P. van der, Riper, H. (2009). *Ontwikkeling online depressiepreventie voor doelgroepen met een lage sociaal economische status*. Literatuursearch. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Rothman, A.J. & Salovey, P. (1997). Shaping perceptions to motivate healthy behaviour: the role of message framing. *Psychological Bulletin*, 121 (1), 3-19.
- Saxena S, Jané-Llopis E, Hosman C. (2006). Prevention of mental and behavioural disorders: implications for policy and practice. *World Psychiatry*, 5(1):5-14.
- Seligman, M., Steen, T.A., Park, N. & Petersen, C. (2005). *Positive Psychology Progress*. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *The American Psychologist*, 61, 774-88.
- Smit, F., Bohlmeijer, E., & Cuijpers, P. (2003). *Wetenschappelijke onderbouwing depressiepreventie. Epidemiologie, aangrijpingspunten, huidige praktijk en nieuwe richtingen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Smit F., Beekman A., Cuijpers P., Graaf R. de, Vollebergh W. (2004). Selecting key-variables for depression prevention: Results from a population-based prospective epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*, 81: 241-249.
- Smit, F. (2007). *Factsheet preventie van depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Smit F., Beekman, A., Cuijpers, P., Vlasveld, M., Boon, B. (2013). *Depressiepreventie: stand van zaken, nieuwe richtingen. To connect, learn and share*. In opdracht van ZonMw. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Spijker, J., Van der Wurff, F. B., Poort, E. C., Smits, C. H., Verhoeff, A. P., & Beekman, A. T. (2004). Depression in first generation labour migrants in Western Europe: The utility of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 538-44.
- Stice, E., Rhode, P., Seeley, J. R., & Gau, J. M. (2008). Brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents outperforms two alternative interventions: a randomized efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 595-606.
- Stice, E., Shaw, H., Bohon, C., Marti, C.N., Rohde, P., (2009). A meta-analytic review of depression prevention programs for children and adolescents: factors that predict magnitude of intervention effects. *J Consult Clin Psychol.* , 77(3): 486-503.
- Tennant, R., Hiller, L. Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S. Weich, S., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): Development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5, 63.

Ter Bogt, T., Dorsselaer, S., & Vollebergh, W. (2003). *Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren. HBSC-Nederland 2002*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Valkenburg, P. M., Peter, J., & Schouten, A. P. (2006). Friend networking sites and their relationship to adolescents' well-being and social self-esteem. *Cyberpsychology and Behavior*, 9, 585-590.

Van Dorsselaer S., De Looze, M., Vermeulen-Smit, E., De Roos, S., Verdurmen, J. (2010). *Gezondheid, welzijn en opvoeding in Nederland. HBSC-studie 2009*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van der Linden, D., & Van der Zanden, R. (2011a). Happyles. Online stepped care aanbod voor studenten in het middelbaar beroepsonderwijs. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 50, 126-130.

Van der Linden, D., Van Oorspronk, S., Romijn, G., Van der Zanden, R. (2011b). Evaluatieonderzoek Happyles 13-17. *Online stepped care aanbod ter bevordering van geluk en ter preventie van depressie voor jongeren in het voortgezet onderwijs*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Van der Wurff, F. B., Beekman, A. T., Dijkshoorn, H., Spijker, J. A., Smits, C. H., Stek, M. L., & Verhoeff, A. (2004). *Prevalence and risk-factors for depression in elderly Turkish and Moroccan Immigrants in the Netherlands. Journal of Affective Disorders*, 83, 33-41.

Zanden, A.P. van der, Goossens, F., & Veen, C. van der (2010). *Happyles: Grippjedip voor jongeren met een lage sociaal economische status*. In: Riper, H. Mentaal Vitaal. Innovatieprogramma depressiepreventie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Van der Zanden, R., Kramer, J., Gerrits, R., & Cuijpers, P. (2012). Effectiveness of an online group course for depression in adolescents and young adults: A randomised trial. *Journal of Medical Internet Research*, 14, e86. doi:10.2196/jmir.2033

Van der Zanden, R., & Van der Linden, D. (2013). *Evaluatieonderzoek Happyles Den Haag. Implementatie van Happyles in het VMBO en de jeugdzorgketen ter bevordering van de mentale veerkracht van jongeren*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Vanheusden K, Mulder CL, van der Ende J, van Lenthe FJ, Mackenbach JP, Verhulst FC. (2008). Young adults face major barriersto seeking help from mental health services. *Patient Educ Couns*, 73(1):97-104.

Vries, H. de, Dijkstra, M., Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: the third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health education research* 3, nr.3, pp. 273-282.

Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). *Mental Health Continuum-Short Form, for Dutch Adolescents (interne publicatie)*. Enschede: Universiteit Twente.

Wicks-Nelson, R., & Israel, A. C. (2009). *Abnormal Child and Adolescent Psychology*. New Jersey: Pearson.

Wijga, A. H., Scholtens, S., Van Oeffelen, A. A. M., & Beckers, M. (2010). *Klachten en kwalen bij kinderen in Nederland. Omvang en gevolgen geïnventariseerd. RIVM-rapport.*

Young Works. (2005). *Young Works top 40. Plug & play. De belangrijkste hits in jongerencommunicatie.* Amsterdam: Young works.

Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowsky D, Verdeli H. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry.* 2006; 163(6):1001-1008

Weisz, J.R., McCarty, C.A., Valeri, S.M., (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132 (1), 132-149.