

# BESLISHULP SIGNALERINGSINSTRUMENTEN IN DE JGZ EN SOCIALE DOMEIN

**TNO** innovation  
for life

Marjanne Bontje, GGD Hollands Midden  
Leonie Klaufus, GGD Amsterdam  
Marc Noom, Universiteit van A'dam  
Ingrid Staal, GGD Zeeland  
Meinou Theunissen, TNO Child Health  
Marianne de Wolff, TNO Child Health

# INHOUDSOPGAVE

1. Hoe kan ik dit document gebruiken?  
Wat is een beslishulp?  
Om welke instrumenten gaat het?  
Overzichtstabel

2. Waarom een signaleringsinstrument?

## BIJLAGEN

- Verskil tussen de LSVG en ARI-CP 2-5
- Vershil SDQ en RCADS
- Achtergrondinformatie GIZ
- Aanbevelingen voor implementatie
- Totstand koming van deze beslishulp

3. De vier signaleringsinstrumenten in het kort

- LSVG
- ARI-CP (2-5)
- SDQ
- RCADS-22

De vier instrumenten in een overzichtstabel  
Een toelichting op de instrumenten

4. De GIZ methodiek in het kort

Hoe sluiten de instrumenten aan op de GIZ?

5. **Uitgebreide** achtergrondinformatie over de signaleringsinstrumenten

- LSVG
- ARI CP (2-5)
- SDQ
- RCADS-22

# 1. HOE KAN IK DIT DOCUMENT GEBRUIKEN?

[TERUG NAAR BOVEN](#)

## INHOUDSOPGAVE

1. [Hoe kan ik dit document gebruiken?](#)  
[Wat is een beslishulp?](#)  
[Om welke instrumenten gaat het?](#)  
[Overzichtstabel](#)

2. [Waarom een signaleringsinstrument?](#)

### BIJLAGEN

- [Verskil tussen de LSVG en ARI-CP 2-5](#)
- [Verskil SDQ en RCADS](#)
- [Achtergrondinformatie GIZ](#)
- [Aanbevelingen voor implementatie](#)
- [Totstand koming van deze beslishulp](#)

3. De vier signaleringsinstrumenten in het kort
  - [LSVG](#)
  - [ARI-CP \(2-5\)](#)
  - [SDQ](#)
  - [RCADS-22](#)De vier instrumenten in een [overzichtstabel](#)  
Een toelichting op de [instrumenten](#)

4. De GIZ methodiek in het kort  
[Hoe sluiten de instrumenten aan op de GIZ?](#)

5. [Uitgebreide](#) achtergrondinformatie over de signaleringsinstrumenten
  - [LSVG](#)
  - [ARI-CP \(2-5\)](#)
  - [SDQ](#)
  - [RCADS-22](#)

Klik op de onderstreepte tekst voor meer informatie

Snel iets weten over de signaleringsinstrumenten? [klik hier](#)

In de witte blokken van de inhoudsopgave vind je **algemene informatie**:

- over deze beslishulp,
- over de GIZ methodiek,
- en de Bijlagen

In de beige blokken in de inhoudsopgave vind je alle informatie over de vier signaleringsinstrumenten. (zowel beknopt als uitgebreid)

Heb je behoefte aan meer achtergrondinformatie? [Klik hier](#)

# 1. WAT IS EEN BESLISHULP?

[TERUG NAAR BOVEN](#)

Dit online document ondersteunt jou als professional (in de JGZ en in een jeugdteam) bij de afweging om specifieke signaleringsinstrumenten in te zetten in jouw werk.

In deze beslishulp staan vier specifieke **signaleringsinstrumenten** centraal:

- Lijst Signalen Verstoorde Gehechtheid (LSVG)
- ARI-CP (2-5)
- SDQ
- RCADS-22

Deze beslishulp geeft antwoord op de vragen:

- bij welk probleem zet ik een signaleringsinstrument in?
- hoe sluit het signaleringsinstrument aan op de GIZ?
- hoe moet ik de uitkomst van het instrument interpreteren?
- wat zijn de vervolgstappen nadat ik het instrument afgenomen heb en de uitkomst heb bepaald?

Met behulp van dit document moet het makkelijker worden om deze signaleringsinstrumenten te gebruiken.

Enkele punten mbt gebruik van deze beslishulp:

- *De beslishulp bevat over alle vier de signaleringsinstrumenten een **korte** uitleg, en **uitgebreidere** achtergrondinformatie.*
- *Ook over de GIZ wordt beknopte en uitgebreide informatie gegeven.*
- *De teksten over de vier signaleringsinstrumenten hebben een gekleurde achtergrond.*
- *Meer algemene informatie – over deze beslishulp en over de GIZ – heeft een witte achtergrond.*
- *Dit document bevat veel links!*
- *Op elke pagina – rechtsboven of rechtsonder – staat een link om weer naar boven te gaan.*

# 1. OM WELKE INSTRUMENTEN GAAT HET ?

[TERUG NAAR BOVEN](#)

Met deze beslisthulp willen we de **implementatie** bevorderen van vier gevalideerde signaleringsinstrumenten in de JGZ en jeugdteams.

Wat hebben deze instrumenten gemeen?

- De instrumenten hebben alle vier betrekking op (een bepaald aspect van) psychosociale problemen, omschreven als emotionele, gedrags- en sociale problemen ([JGZ Richtlijn Psychosociale Problemen](#)),
- de focus van de instrumenten ligt op het signaleren van **vroege** problemen. Geen van de instrumenten geeft een diagnose!

Het gaat om deze vier instrumenten (herkenbaar aan een eigen kleur):

- **LSVG, de Lijst Signalering Verstoorde Gehechtheid**  
Een korte checklist om verstoorde gehechtheidsrelaties op te sporen bij jonge kinderen (1 t/m 6 jaar). Er worden acht gedragingen van het kind geobserveerd of uitgevraagd bij de ouder/verzorger.
- **ARI-CP 2-5, Attachment Relationship Inventory – Caregiver Perception 2-5**  
Een zelfrapportage vragenlijst (48 vragen) voor opvoeders die inzicht geeft in de wijze waarop de opvoeder de gehechtheidsrelatie met zijn/haar kind (in de leeftijd van 2 - 5 jaar) ervaart.
- **SDQ, Strengths and Difficulties Questionnaire**  
Een vragenlijst voor de ouder (3-10 jaar) of een zelfrapportagelijst voor de jongere (11-17 jaar) om (brede) psychosociale problemen bij jeugdigen van 3 – 17 jaar te signaleren.
- **RCADS-22, Revised Child Anxiety and Depression Scale – 22**  
Een zelfrapportage vragenlijst met 22 vragen voor jeugdigen (8-18 jaar) die een eerste aanwijzing geeft of een jeugdige wel of niet last heeft van angst en/of depressie.

# 1. OVERZICHTSTABEL

[TERUG NAAR BOVEN](#)

Thema	Instrument	Leeftijd	Moment van inzet en tijdsduur	Informant + link naar vragenlijst
Hechting (gedrag kind)	<a href="#">LSVG</a>	1 t/m 6 jaar	Tijdens gesprek (10 - 15 minuten)	<a href="#">Professional samen met ouders</a> (observatielijst, 8 items)
Hechting (perceptie ouder)	<a href="#">ARI-CP</a>	2 t/m 5 jaar	Voorafgaand of na gesprek (10 - 15 minuten)	<a href="#">Ouderrapportage</a> (vragenlijst, 48 vragen)
Psychosociale problemen	<a href="#">SDQ</a>	3 t/m 17 jaar	Voorafgaand of na gesprek (20 - 25 minuten)	<a href="#">Ouderversie en zelfrapportage jongere</a> (vragenlijst 25 vragen)
Angst en depressie	<a href="#">RCADS-22</a>	8 t/m 18 jaar	Voorafgaand of na gesprek (5 - 10 minuten)	<a href="#">Zelfrapportage jongere</a> (vragenlijst 22 vragen)

## 2. WAAROM EEN SIGNALERINGSINSTRUMENT?

[TERUG NAAR BOVEN](#)

- Een gespreksmethodiek (zoals de GIZ) is **generalistisch** van aard en kijken naar het gehele kind in relatie tot zijn opvoeding en omgeving. De kracht ervan ligt bij het actief betrekken van ouders, kinderen en jongeren bij de brede analyse en de gezamenlijke besluitvorming.
- Signaleringsinstrumenten (zoals de LSVG) hebben betrekking op een **specifiek ontwikkelingsgebied**, bijvoorbeeld de ouder-kindrelatie of angst en depressie bij een jongere.

### Wanneer zet je een instrument in?

In het contact met ouders en kinderen kan een **vermoeden** ontstaan van een bepaald probleem,

- bijv. een kind dat zich niet laat troosten bij verdriet. Als professional vraag je je af hoe de ouder-kind relatie is: is hier sprake van een normale of een verstoorde ontwikkeling? Samen met de ouder wil je de signalen die te maken hebben met de gehechtheidsrelatie verkennen.

**Als een instrument gevalideerd is, betekent dit dat er onderzoek is gedaan naar de validiteit en de betrouwbaarheid: het instrument meet daadwerkelijk wat het moet meten, ook als het gebruikt wordt in verschillende situaties door verschillende personen.**

### Meerwaarde van signaleringsinstrumenten

- Met het inzetten van aanvullende gevalideerde signaleringsinstrumenten worden psychosociale problemen\* **eerder en beter** gesignaleerd.
- Met behulp van de uitkomsten van de signaleringsinstrumenten kan de ondersteuning **beter afgestemd** worden op de specifieke problematiek van het kind en gezin, en kan gerichte verwijzing plaatsvinden.
- Het samen invullen of nabespreken van signaleringsvragenlijsten, kan bijdragen aan het **motiveren** van gezinnen voor jeugdhulp. Bij verhoogde scores worden ouders (en jeugdigen zelf) zich bewust welke specifieke gedragingen een aanwijzing geven voor een problematische ontwikkeling van hun kind.
- Het werken met gevalideerde signaleringsinstrumenten kan jouw **gespreksvoering** als jeugdprofessional verbeteren. Door de vragenlijsten te bestuderen verkrijg je kennis van concrete signalen van probleemgedrag. Deze kennis kan bijdragen aan verdieping van je gesprekken en gerichtere observaties, waardoor je steeds beter in staat zult zijn psychosociale problemen vroegtijdig te signaleren.

---

\* Psychosociale problemen omschrijven we als een brede term waaronder emotionele, gedrags-, en sociale problemen worden verstaan ([JGZ Richtlijn](#)).

## 3.1. LSVG

[Klik hier voor meer achtergrondinformatie](#)



[TERUG NAAR BOVEN](#)

### LIJST SIGNALEN VERSTOORDE GEHECHTHEID

#### Doel

- De LSVG is een korte checklist om **verstoorde gehechtheidsrelaties op te sporen** bij jonge kinderen (1 t/m 6 jaar).
- Er worden acht specifieke gedragingen van het kind ten opzichte van de ouder uitgevraagd, bijvoorbeeld: 'Zoekt het kind troost als het zich bezeerd heeft?'
- De professional observeert samen met de ouder het kind en inventariseert met de ouder welk gedrag het kind laat zien.
- De totaalscore geeft aan hoe waarschijnlijk een verstoorde gehechtheidsrelatie is: hoe hoger, hoe waarschijnlijker.
- Afname en bespreken van de LSVG kost circa 10 – 15 minuten.
- De LSVG geeft **geen** diagnose of classificatie.

**Doelgroep LSVG** Jonge kinderen tussen 1 t/m 6 jaar oud en hun ouders.

#### Wanneer zet je de LSVG in?

Wanneer er zorgen bestaan over de ouder-kind relatie of de gehechtheidsrelatie tussen opvoeder(s) en het jonge kind (1 t/m 6 jaar).

#### Meer specifiek:

- Als ouders van jonge (1 t/m 6 jaar) kinderen zich zorgen maken over de opvoeding of de sociaal-emotionele ontwikkeling en/of het gedrag van hun kind.

- Wanneer je als professional het vermoeden hebt dat de gehechtheidsrelatie niet optimaal of anders is dan wat je normaal ziet op een bepaalde leeftijd.
- Wanneer een kind veel probleemgedrag laat zien, zoals niet willen eten, slapen, spullen vernielen, of het hebben woedeaanvallen. Al deze probleemgedragingen kunnen voortvloeien uit een problematische ouder-kind relatie.

#### Hoe gebruik je de LSVG?

1. De professional informeert vooraf de ouders: er zijn zorgen over de sociaal-emotionele ontwikkeling/gedrag/ en/of relatie met ouder. Het instrument geeft eerste indicatie waar deze problemen vandaan zouden kunnen komen (gehechtheidsrelatie).
2. De professional observeert samen met de ouder het kind en inventariseert met de ouder/verzorger in welke mate een kind 'normaal' en 'verstoord' gedrag laat zien ten opzichte van deze ouder.
3. Voor iedere gedragsdimensie wordt in het scoreformulier omschreven hoe het normale en verstoorde gedrag eruitziet. De professional bepaalt samen met de ouder de score tussen 1 ('bijna altijd normaal') en 5 ('bijna altijd verstoord').
4. Als een ouder bepaald gedrag niet weet, dan wordt het gedrag als 'bijna altijd normaal' 1 gescoord.
5. De acht scores worden opgeteld tot een **totaalscore tussen 8 en 40**.

## 3.1 LSVG

### › Hoe interpreteer je de uitkomst van de LSVG?

- Een totaalscore **onder de 10**: er zijn geen aanwijzingen voor een verstoorde gehechtheidsrelatie.
- Als de totaalscore **tussen de 11 en 15** ligt: er zijn geen duidelijke aanwijzingen voor een verstoorde gehechtheidsrelatie, maar mogelijk is de relatie niet optimaal.
- Bij **een totaalscore van 16 of hoger** zijn er aanwijzingen voor een verstoorde gehechtheidsrelatie. Er is meer (diagnostisch) onderzoek nodig naar de aard en/of de ernst van de problemen.

### Vervolgstappen na de LSVG

#### Bij een totaalscore lager of gelijk aan 10:

- Bevestig naar de ouders dat de gehechtheidsrelatie zich normaal ontwikkelt.
- Geef – indien ouders daarvoor openstaan - voorlichting en advies aan ouders over het belang van een goede band met je kind. Zie bijv. de [JGZ richtlijn Ouder-Kindrelatie](#) of tips van [opvoedinformatie](#).

#### Bij een totaalscore tussen de 11 en 15:

- Vertel ouders dat er geen aanwijzingen zijn voor een verstoorde of problematische gehechtheidsrelatie, maar er is wel ruimte voor verbetering van die relatie. De relatie met het kind mag extra aandacht krijgen.
- Geef voorlichting en advies aan ouders, bijv. tips om de band met het

kind te versterken. Zie de [JGZ richtlijn Ouder-Kindrelatie](#) of tips van [opvoedinformatie](#).

- Overweeg of het mogelijk is om het kind/gezin vaker te zien.
- Overweeg om het kind/gezin te bespreken in een team.

#### Bij een score van 16 of hoger:

- Het is wenselijk dat kind en ouders verwezen worden naar een gedragswetenschapper met specifieke kennis van gehechtheidsrelaties die aanvullend onderzoek kan doen naar de gehechtheidsrelatie. (Bijv. een GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP, orthopedagoog-generalist NVO, IMH specialist of een professional in de specialistische jeugdhulp.)
- Het bepalen van de vervolgactie is mede afhankelijk van de voorgeschiedenis van het kind, zoals de reeds ontvangen hulpverlening.
- Het vervolgtraject is afhankelijk van regionale afspraken met ketenpartners en het aanbod van jeugdhulp in de omgeving.

Referenties: [zie achtergrondinformatie](#)

De vragenlijst: [klik op deze link](#)

Toelichting op het verschil LSVG en ARI CP: [klik hier](#)



## 3.2 ARI-CP 2-5 JAAR

### ATTACHMENT RELATIONSHIP INVENTORY– CAREGIVER PERCEPTION 2 – 5 YEARS

#### Doel

De ARI-CP 2-5 geeft een beeld van **hoe opvoeders de gehechtheidsrelatie met hun kind ervaren**. De ARI-CP 2-5 presenteert een profiel van de mate waarin de opvoeders zichzelf en/of hun kind herkennen in uitspraken over kenmerken van veilige, vermijdende, ambivalente en gedesorganiseerde gehechtheidsrelaties. De ARI-CP 2-5 geeft geen diagnose of classificatie.

#### Doelgroep ARI-CP

Opvoeders met een kind van 2 tot en met 5 jaar oud.

- De opvoeders moeten enige omgang hebben met het kind, op basis waarvan zij de vragen kunnen beantwoorden.
- Bovendien is voldoende kennis van de Nederlandse taal vereist om de vragen te kunnen beantwoorden.

#### Wanneer zet je de ARI-CP in?

Wanneer er zorgen bestaan over de kwaliteit van de gehechtheid tussen opvoeder(s) en het jonge kind (2 t/m 5 jaar).

Meer specifiek:

- Als er vermoedens zijn dat er problemen zijn in de relatie tussen opvoeder en kind.
- Als de wens bestaat om uit te sluiten dat er problemen zijn in de relatie tussen opvoeder en kind.

- Als er signalen zijn bij de opvoeders dat er problemen zijn in de relatie met het kind.
- Als er problemen zijn in de ontwikkeling van het kind, die mogelijk voortvloeien uit of impact hebben (gehad) op de relatie met de opvoeder.

#### Hoe gebruik je de ARI-CP?

- De ARI-CP is een zelfrapportage vragenlijst en wordt beantwoord door de directe opvoeders van het kind.
- Als er twee opvoeders betrokken zijn bij de opvoeding van het kind, dan is het belangrijk dat **beide** opvoeders de vragenlijst invullen.
- Als de opvoeder moeite heeft met het invullen van de vragenlijst, dan **kan het instrument samen met een professional** ingevuld worden.
- Het instrument kan zowel thuis, op school, bij een consultatiebureau, als op locatie bij een instelling afgenomen worden.

De ARI-CP 2-5 bevat 48 uitspraken over de opvoeder-kindrelatie.

Voorbeelden zijn: “Ik kan mijn kind gemakkelijk troosten”, “Mijn kind claimt mij” en “Ik heb het gevoel dat mijn kind de baas is over mij”. De opvoeder maakt een keuze op een vijfpuntsschaal (helemaal niet van toepassing - helemaal wel van toepassing) in hoeverre de uitspraak van toepassing is op de relatie met hun kind. Het invullen van de vragenlijst kost ongeveer 15 minuten.

## 3.2 ARI-CP 2-5 JAAR

[TERUG NAAR BOVEN](#)

### › Hoe interpreteer je de uitkomst van de ARI-CP?

Het instrument levert scores op vier subschalen: veilige, vermijdende, ambivalente en gedesorganiseerde gehechtheid. Scores op de vier schalen kunnen op basis van een normgroep worden geïnterpreteerd als een lage, benedengemiddelde, gemiddelde, bovengemiddelde of hoge score op de betreffende subschaal. De normtabel van de ARI CP vind je [hier](#)

Daarnaast geeft de ARI-CP 2-5 een indicatie of vervolgdagnostiek naar gehechtheidsproblematiek is aan te raden.

De ARI-CP 2-5 geeft nadrukkelijk geen classificatie of diagnose in de vorm van een specifieke gehechtheidsstijl, maar een indicatie voor de mogelijke aanwezigheid van veilige, ambivalente, vermijdende of gedesorganiseerde gehechtheid. Er is **geen speciale scholing** nodig voor de interpretatie van deze vragenlijst. Algemene psychologische of pedagogische kennis en/of kennis van de theorie over gehechtheid is wel gewenst.

### Vervolgstappen na de ARI-CP

Als de uitkomst van de ARI-CP bekend is, dan wordt dit met de opvoeders besproken. Bij indicaties van een veilige of onveilige gehechtheid kunnen de opvoeders gewezen worden op de gedragingen van het kind waarin zich dit manifesteert. De uitkomst

van de ARI CP kan aanleiding zijn om vervolgstappen te zetten naar verdere diagnostiek.

Verder kan de uitkomst van de ARI CP voor de professional ondersteunende informatie bieden in het kader van een behandeling. Als de behandeling gericht is op het verbeteren van de kwaliteit van de relatie tussen opvoeder en kind, dan kan dit instrument ook ingezet worden om de voortgang van de behandeling te monitoren.

### Relevante links

[De digitale vragenlijst ARI CP](#)

[De handleiding van de ARI CP](#)

Referenties: Zie [achtergrondinformatie ARI CP 2-5](#)

Toelichting op het verschil tussen ARI CP en LSVG: [klik hier](#)



## 3.3 SDQ

### STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE

#### Doel SDQ

De SDQ is een signaleringsinstrument voor de opsporing van psychosociale problemen bij jeugdigen. De SDQ meet:

- De aanwezigheid van psychosociale problemen
- Sterke kanten van de jeugdige
- De invloed van psychosociale problemen op het dagelijks functioneren

De SDQ geeft geen diagnose.

#### Doelgroep SDQ

De SDQ kan ingezet worden bij jeugdigen in de leeftijd van 3 t/m 17 jaar. De SDQ is in verschillende varianten (d.w.z. voor verschillende informant(en)) beschikbaar. Zo zijn er versies die jongeren zelf kunnen invullen (van 11 t/m 16 jaar) en is er een versie voor ouders (van 3 t/m 4 jaar en 4 t/m 17 jaar) en leerkrachten (van 3 t/m 4 jaar en 4 t/m 17 jaar).

#### Wanneer zet je de SDQ in?

##### Items en subschalen

De vragenlijst bevat in totaal 25 items, die betrekking hebben op de volgende vijf subschalen:

1. Hyperactiviteit / aandacht tekort
2. Emotionele problemen
3. Problemen met leeftijdsgenoten
4. Gedragsproblemen
5. Pro-sociaal gedrag

Naast de 25 items is er ook een **impactschaal**. Met behulp van vijf vragen wordt geprobeerd inzicht te krijgen in hoeverre eventueel aanwezige problematiek bij het kind/jongere het dagelijks functioneren van de jeugdige verstoort en wat de ernst en duur is van deze problematiek.

#### Berekenen van de SDQ score

- Om de **Totale Probleemscore** te berekenen worden de itemscores van de eerste vier subschalen bij elkaar opgeteld: alleen de items van de subschaal 'Prosociaal gedrag' worden niet meegeteld. De Totale Probleemscore kan variëren van 0 tot 40. Hoe hoger de score op de Totale Probleemschaal, hoe sterker de aanwijzing voor de aanwezigheid van psychosociale problemen bij een jeugdige.
- Het tweede deel van de SDQ bevat vijf vragen met als doel de ernst van de eerder gemelde problemen (als die er zijn) te achterhalen. Deze impactscore loopt van 0 tot 10. Hierbij is een score van 0 normaal, een score van 1 is het grensgebied en een score van 2 of meer is verhoogd.
- Klik [hier](#) voor de Handleiding SDQ waarin een overzicht te vinden is van de schalen en welke items daarbij horen en hoe elk item gescoord wordt.
- De afkappunten van de SDQ Totale Probleemscore zijn afhankelijk van leeftijd van de jeugdige en de SDQ vragenlijst die gebruikt is (zelf-rapportage of ouderversie). Klik [hier](#) voor de Handleiding SDQ met een overzicht van de afkappunten.

## › 3.3 SDQ

[TERUG NAAR BOVEN](#)

### Hoe interpreteer je de uitkomst van de SDQ?

- Als de SDQ Totale Probleemscore verhoogd is, dan zijn er aanwijzingen dat er sprake is van lichte (bij grensgebied afkappunt) of ernstige problemen (klinisch afkappunt) bij de jeugdige.
- Bij een verhoogde SDQ Totale Probleemscore gaat de professional in een gesprek met de ouders en/of jeugdige na of de probleemsignalen die zijn afgegeven, zodanig ernstig zijn dat een vervolgactie nodig is.
- Een verhoogde SDQ Totale Probleemscore en aanwijzingen voor verstoring van het dagelijks functioneren (obv de Impactschaal) tezamen vormen een zeer sterke aanwijzing voor serieus te nemen problemen.

### Vervolgstappen na de SDQ

- Bij een verhoogde totaalscore dient de jeugdarts of -verpleegkundige in een gesprek met de ouders en/of jeugdige na te gaan of de probleemsignalen die zijn afgegeven zodanig ernstig zijn dat een vervolgactie nodig is. Het bepalen van de vervolgactie is mede afhankelijk van de voorgeschiedenis van de jeugdige zoals de reeds ontvangen hulpverlening. Tijdens het vervolgonderzoek kan er ook geruststelling en/of advisering plaatsvinden.
- Mogelijke vervolgacties na het JGZ-contactmoment zijn: nader

- onderzoek door de JGZ of een verwijzing naar andere hulpverleners.
- Een van de onderdelen van nader onderzoek kan zijn het inzetten van uitgebreidere generieke signaleringsinstrumenten, zoals één van de *Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)* vragenlijsten. In het [schema richtinggevende diagnostiek](#) (NCJ) wordt aangegeven welke diagnostische instrumenten ingezet kunnen worden bij een vermoeden van bijv. angst, ADHD, autisme spectrum stoornis, depressie.
- Wanneer meer hulp nodig is dan alleen advisering door de JGZ, dan kan een jeugdige met psychosociale problemen verwezen worden naar een interventie die volgens de [NJI databank Effectieve Jeugdinterventies](#) geclassificeerd is als ‘goed onderbouwd’, ‘effectief volgens eerste aanwijzingen’ of ‘effectief volgens goede aanwijzingen’.
- Het vervolgtraject is afhankelijk van wat regionaal afgesproken is met betreffende ketenpartners en van het aanbod van jeugdhulp in de omgeving.

### Referenties: zie [achtergrondinformatie SDQ](#)

Voor een overzicht van de verschillen tussen de SDQ en RCADS-22: [klik hier](#)

## 3.4 RCADS-22

### REVISED CHILD ANXIETY AND DEPRESSION SCALE



#### Doel RCADS-22

De RCADS-22 is een screeningsinstrument. Dit wil zeggen dat de RCADS-22 een eerste aanwijzing geeft of een kind of jongere wel of niet last heeft van angst en/of depressie. Veel kinderen en jongeren hebben last van angstige en/of depressieve gevoelens. Toch zijn deze gevoelens aan de buitenkant vaak niet zichtbaar. Het is daarom van belang om een zelf-rapportage vragenlijst in te zetten, zoals de RCADS-22. De RCADS-22 geeft geen diagnose.

#### Doelgroep RCADS-22

De doelgroep zijn kinderen en jongeren van 8 tot en met 18 jaar.

#### Wanneer zet je de RCADS-22 in?

De RCADS-22 kan worden ingezet bij preventieve screening (zoals voorafgaand aan een contactmoment met de JGZ of wijkteams), of op indicatie worden gebruikt in het kader van vroegtijdige signalering en toeleiding naar (preventieve) zorg.

#### Hoe gebruik je de RCADS-22?

Kinderen en jongeren vullen de RCADS-22 zelf in. Het invullen duurt ongeveer 5 tot 10 minuten.

De vragenlijst is gratis verkrijgbaar op de volgende websites:

- De website van het [Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#).
- De [RCADS website](#). Op deze website is ook een Engelstalige handleiding verkrijgbaar.

Daarnaast is de vragenlijst in te vullen als onderdeel van de digitale gezondheidsvragenlijst [Jij en Je Gezondheid](#).

In *Jij en Je Gezondheid* worden scores automatisch berekend en op basis daarvan worden adviezen gegeven aan zowel de kinderen en jongeren als aan de professionals.

#### Hoe scoor je de RCADS-22?

Per vraag geef je voor het antwoord “nooit” 0 punten, “soms” 1 punt, “vaak” 2 punten en “altijd” 3 punten.

- Voor een **angst totaalscore** tel je de antwoorden bij elkaar op van de vragen 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 20 en 22.
- Voor een **depressie totaalscore** tel je de antwoorden bij elkaar op van de vragen 1, 4, 8, 13, 14, 18 en 21.

#### Hoe interpreteer je de uitkomst van de RCADS-22?

- **Angst totaalscore 12\*** of hoger? Het kind of de jongere heeft mogelijk angstproblemen.
- **Depressie totaalscore 7\*** of hoger? Het kind of de jongere heeft mogelijk een depressie.
- Liever andere afkappunten gebruiken? Klik [hier](#) voor een tabel met normgerichte afkappunten.

\* Dit betreft een normgericht afkappunt, gebaseerd op de p90; dit wil zeggen dat 90% van de kinderen van een representatieve steekproef uit de algemene Nederlandse bevolking een score heeft die lager is. Bij de angstschaal komt dit afkappunt tevens overeen met het criteriumgericht afkappunt (gebaseerd op een diagnostisch interview) met een sensitiviteit van 0.92 en een specificiteit van 0.65.

## 3.4 RCADS-22

[TERUG NAAR BOVEN](#)

### Vervolgstappen RCADS-22

Scoort een kind 12 of hoger op de angstschaal en/of 7 of hoger op de depressieschaal?

- Ga in een gesprek na of een kind of jongere een angst- of depressieve stoornis, depressieve klachten heeft, ofwel geen angst of depressie heeft (zie [Achtergrondinformatie RCADS-22](#)).  
Bijvoorbeeld: “Uit de antwoorden blijkt dat je je soms angstig of somber voelt. Iedereen heeft deze gevoelens wel eens. Die kunnen vanzelf over gaan, maar soms blijven ze of worden ze erger. Hoe zit dat bij jou?”
- Vraag risico- en beschermende factoren uit.
- Bij jongeren van 12 jaar en ouder met een hoge score op de depressieschaal: vraag **suïcide gedachten en gedrag uit**, bijv. aan de hand van de *Ask Suicide-screening Questions* (ASQ):
  - Heb je in de afgelopen paar weken gewenst dat je dood was?
  - Heb je in de afgelopen paar weken het gevoel gehad dat jij of jouw gezin beter af zou zijn als je dood was?
  - Heb je in de afgelopen week de gedachte gehad om jezelf te doden?
  - Heb je ooit geprobeerd jezelf te doden?
- Bij twijfel: **bel 0800-0113** (zelfmoordpreventie) Deze lijn is gratis.

- Zet een **interventie** in, bijvoorbeeld:
  - Geef **psycho-educatie**.
  - Verwijs naar de **website** <https://www.jouwggd.nl/gevoel/>.  
Op deze website kunnen kinderen en jongeren informatie vinden over angst en depressie en kunnen zij chatten met een jeugdarts of -verpleegkundige die hen niet kent. Verwijs naar de **kindertelefoon**: 0800-0432. Deze lijn is gratis.
  - Stimuleer **fysieke inspanning** bij depressieve klachten.
  - Maak gebruik van een **gestructureerde aanpak bij schoolverzuim**.
  - Bied **geleide zelfhulp**, een **geïndiceerde preventieve interventie** (bijvoorbeeld [VRIENDEN](#)) of **kortdurende begeleiding**.
  - Klik [hier](#) voor andere interventies.
- Blijf **monitoren**.
- **Overleg met de Jeugd-GGZ** als onduidelijk is of de klachten licht, problematisch of ernstig zijn.
- Bij ernstige zorgen over angst of depressie: leid toe naar **gespecialiseerde zorg** en werk samen in de keten. Maak een afspraak wie de casemanager is.

(Bovenstaande stappen zijn onder andere gebaseerd op [de JGZ Richtlijn Angst](#) en de [JGZ Richtlijn Depressie](#).)

Referenties: [zie achtergrondinformatie](#)

# 4.1 DE GIZ METHODIEK IN HET KORT

## GEZAMENLIJK INSCHATTEN VAN ZORGBEHOEFTEN



### Doel GIZ

De [GIZ](#) (Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften) is een goed onderbouwde signalerings- en gespreksmethodiek die professionals helpt om, samen met (aanstaande) ouders, jeugdigen en andere professionals, te bepalen hoe het gaat en wat er nodig is, zodat samen wordt beslist over passende ondersteuning die gezinnen versterkt. De totale ontwikkeling van een kind (lichamelijke, verstandelijke, emotionele, sociale en seksuele), als ook de opvoeding en gezins- en omgevingsomstandigheden staan centraal.

### Doelgroep GIZ

GIZ getrainde artsen, jeugdverpleegkundigen, jeugdhulpprofessionals, kraamzorgmedewerkers die zorgbehoeften in kaart brengen en samenwerken met:

- (aanstaande) ouders met kinderen van -9 maand - 23 jaar (mijn kind)
- kinderen vanaf 8 jaar en jongeren tussen 12 en 23 jaar (mijn leven)
- en eventueel andere betrokken professionals

### Wanneer zet je de GIZ in?

- JGZ: reguliere JGZ contactmomenten, extra zorgcontacten, (multidisciplinaire) groeps gesprekken.
- Gemeentelijke jeugdteams: intakegesprekken voor vraagverheldering, de krachten en probleemanalyse, de ontwikkeling van het ondersteuningsplan en evaluatie.
- Kraamzorg: intake, in de kraamperiode, overdracht naar de JGZ.

### Hoe werk je met de GIZ?

- Twee leeftijdsspecifieke visuele schema's met pictogrammen in de taal van cliënten vormen de basis voor een gestructureerd en motiverend gesprek.
- Samen onderzoek je de sterke kanten en ontwikkel- en zorgbehoeften van de jeugdige en het gezin.
- Aard, ernst en urgentie van zorgbehoeften worden samen ingeschat.
- Samen beslis je over passende ondersteuning (ondersteuningsplan met doelen en acties) (principes shared-decision-making).
- Met de GIZ kun je de ingezette ondersteuning eenvoudig monitoren op basis van registraties in het dossier.
- De professional werkt vraaggericht, met een open attitude en motiverende en oplossingsgerichte gespreksvaardigheden.

## › 4.1 DE GIZ

[TERUG NAAR BOVEN](#)



## 4.2 AANSLUITING GIZ ~ LSVG OF ARI-CP 2-5

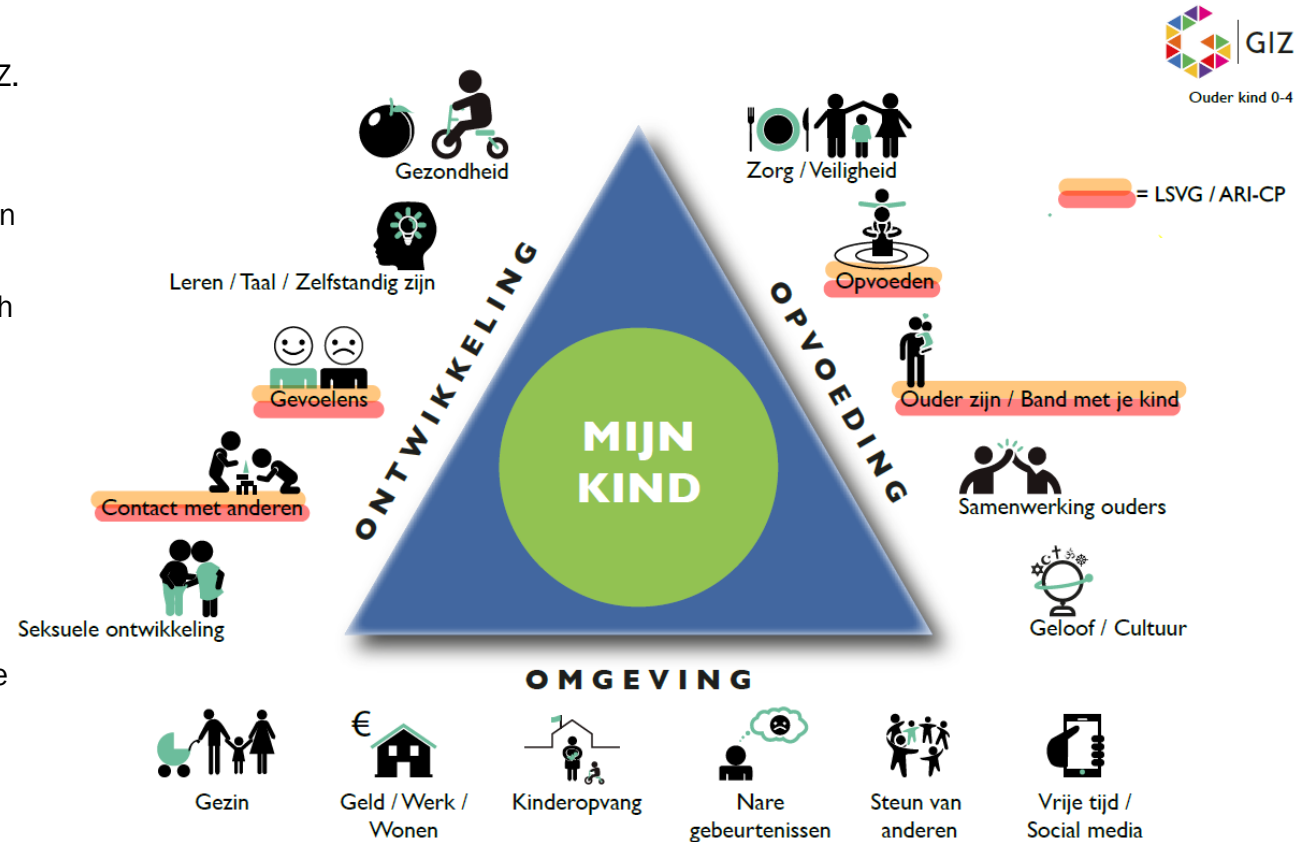
### Aansluiting GIZ en beide instrumenten voor hechting

Een groot aantal JGZ organisaties gebruikt de GIZ bij het preventieve JGZ contactmoment. Daarnaast werken ook gemeentelijke jeugdteams met de GIZ. Tijdens een GIZ gesprek kan een vermoeden ontstaan van een problemen op een specifiek ontwikkelgebied. Bijvoorbeeld: een kind laat zich niet troosten bij verdriet en je vraagt je af hoe de ouder-kindrelatie is. Is hier sprake van een normale of een verstoorde ontwikkeling? Samen met de ouder wil je de signalen die samenhangen met de ouder-kind relatie verkennen. Jouw klinisch oordeel als professional is belangrijk maar niet voldoende.

De signaleringsvragenlijsten voor de gehechtheidrelatie, de LSVG of de ARI-CP2-5, kunnen op basis van signalen uit de GIZ worden ingezet om aanvullende informatie te verkrijgen over mogelijke problemen in de ouder-kind relatie.

Bij het gebruik van de GIZ (CAF driehoek en/of GOM) wordt aanbevolen om de **LSVG of ARI-CP** af te nemen wanneer blijkt dat er vragen/zorgen zijn in het gezin:

- binnen hoofdthema ‘**Ontwikkeling**’
  - Emotionele ontwikkeling: Gevoelens en zelfbeeld
  - Sociale ontwikkeling: Contact met anderen
  
- binnen hoofdthema ‘**Opvoeding**’
  - Ouderschapbeleving: Ouder zijn/Band met je kind
  - Opvoeden / stimuleren, steunen en sturen



## 4.2 AANSLUITING GIZ EN SDQ

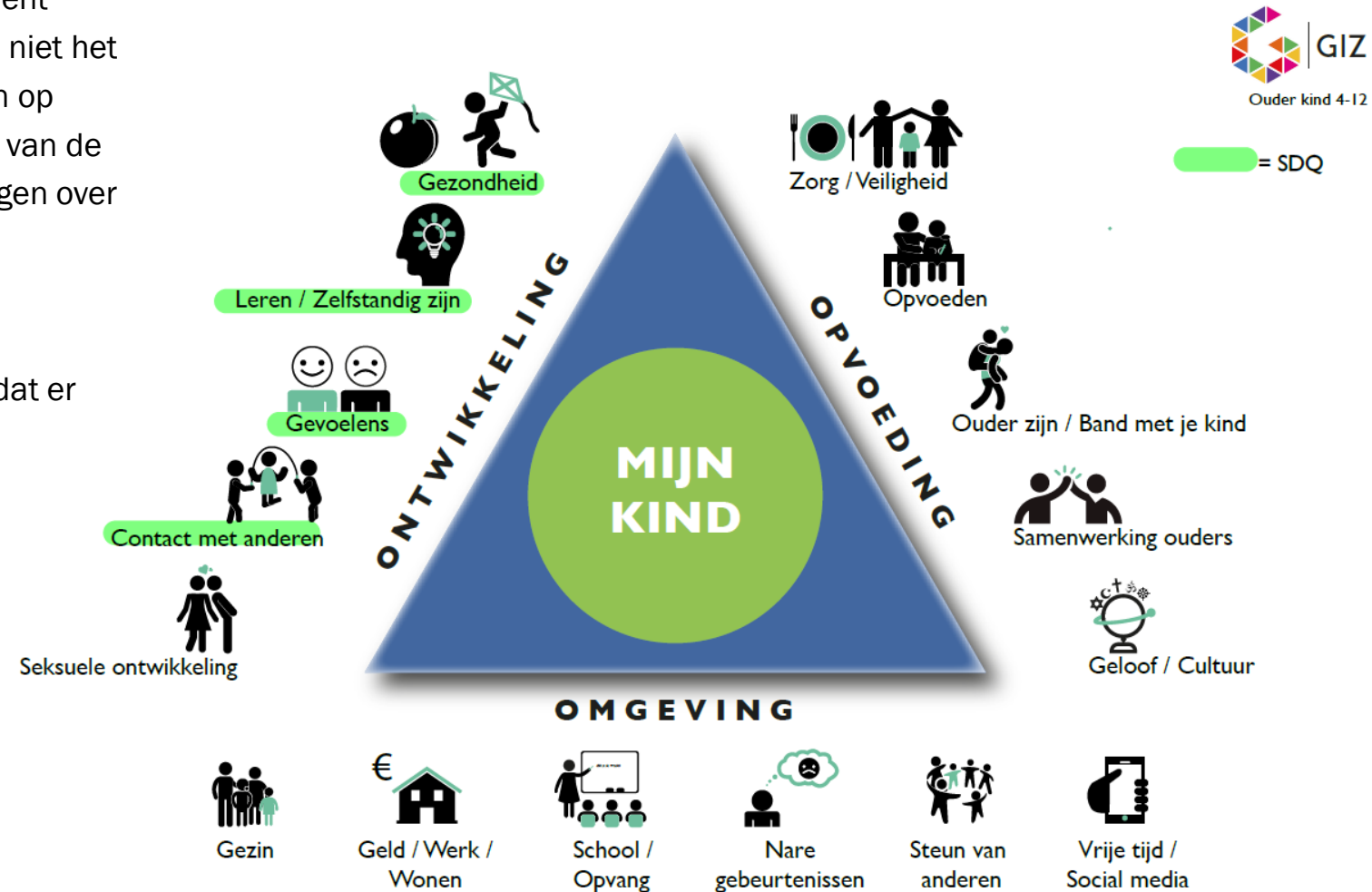
[TERUG NAAR BOVEN](#)

Vaak wordt de SDQ voorafgaand aan het contactmoment afgenomen (standaard bij alle kinderen). Wanneer dit niet het geval is en de SDQ op indicatie wordt ingezet, dan kan op basis van signalen uit de GIZ bepaald worden of inzet van de SDQ wenselijk is om aanvullende informatie te verkrijgen over mogelijke psychosociale problemen bij het kind.

Bij het gebruik van de GIZ (CAF driehoek en/of GOM) adviseren we om de SDQ af te nemen wanneer blijkt dat er vragen/zorgen zijn in het gezin:

binnen hoofdthema 'Ontwikkeling' van het kind:

- Lichamelijke ontwikkeling: Gezondheid
- Verstandelijke ontwikkeling: Leren en denken, zelfstandigheid
- Emotionele ontwikkeling: Gevoelens, zelfbeeld
- Sociale ontwikkeling: Contact met anderen



## 4.2 AANSLUITING GIZ EN RCADS-22

[TERUG NAAR BOVEN](#)

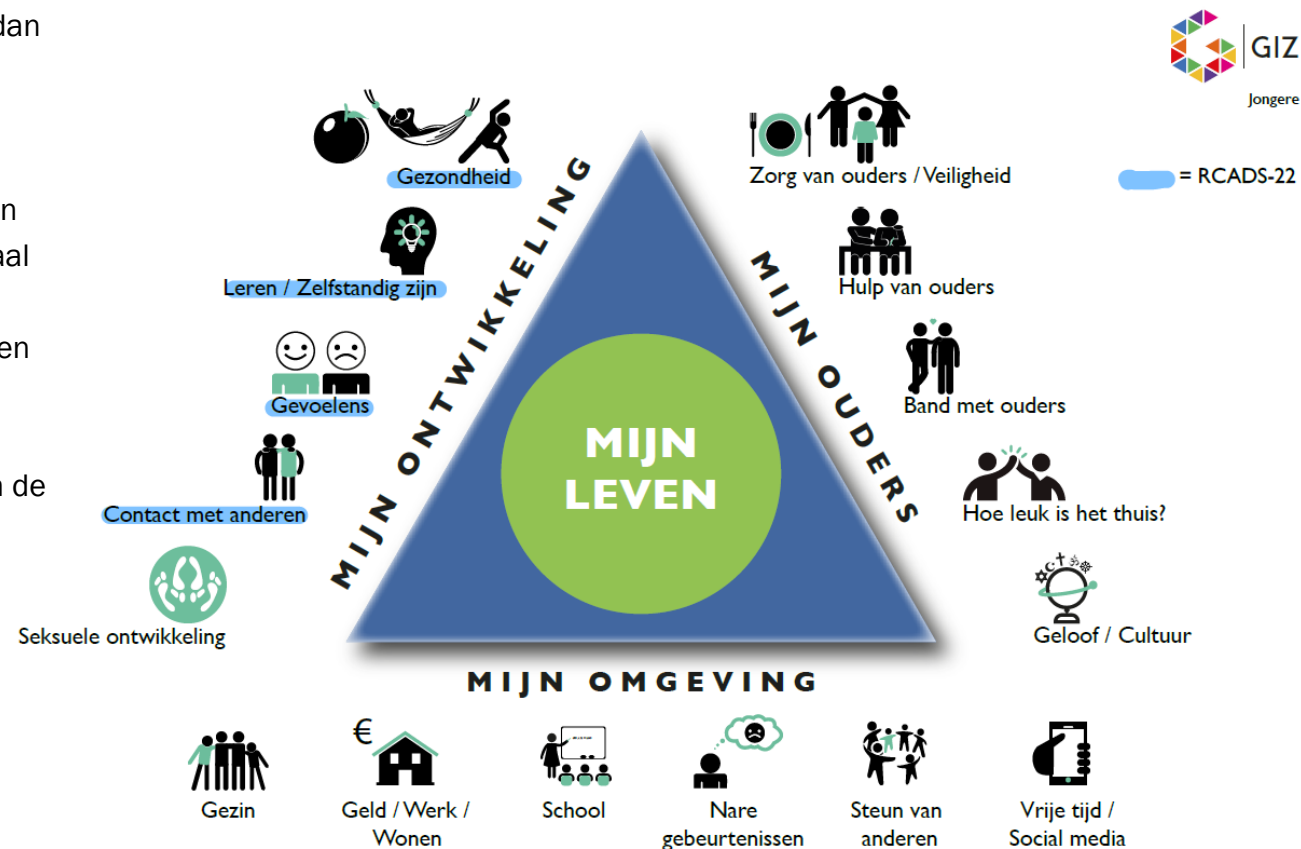
Als de RCADS-22 is ingevuld **voorafgaand aan het contactmoment**, en uit de RCADS-22 blijkt een verhoogde score op de angst- en/of de depressieschaal, dan kunnen de antwoorden van de RCADS-22 besproken worden tijdens het contactmoment met behulp van de stappen van de GIZ.

Als de RCADS-22 **niet voorafgaand** aan het contactmoment is ingevuld, dan kan de RCADS-22 op basis van signalen (bijv. een verhoogde score op de SDQ schaal 'Emotionele problemen') alsnog worden ingevuld tijdens of na het contactmoment. De RCADS-22 wordt dan ingezet om aanvullende zorgbehoeften in kaart te brengen.

Bij het gebruik van de GIZ (CAF driehoek en/of GOM) wordt het aanbevolen om de RCADS-22 in te laten vullen wanneer blijkt dat er vragen/zorgen zijn:

binnen hoofdthema ' (Mijn) Ontwikkeling'

- Lichamelijke ontwikkeling: 'Gezondheid'
- Verstandelijke ontwikkeling: 'Leren / zelfstandig zijn'
- Emotionele ontwikkeling: 'Gevoelens'
- Sociale ontwikkeling: 'Contact met anderen'



## Theoretische achtergrond

De LSVG is van oorsprong een Amerikaanse observatielijst (Behavioral Signs of Disturbed Attachment in Young Children; Boris & Zeanah, 2005). De lijst wordt in een Amerikaanse richtlijn aanbevolen voor gebruik door klinische professionals (ACAAP, 2006). De lijst is in het Nederlands vertaald en gepubliceerd door Stor en Storsbergen (2006).

De LSVG omschrijft acht specifieke gedragingen van het kind in de interactie met de gehechtheidsfiguur (ouder of opvoeder) zoals affectie tonen, troost zoeken, hulp zoeken, en samenwerken. Deze gedragingen kunnen gezamenlijk een aanwijzing vormen voor een problematische, verstoorde gehechtheidsrelatie tussen het kind en die specifieke ouder/opvoeder. De lijst wordt samen met de ouders besproken, maar kan ook door een professional die het kind goed kent ingevuld worden. Het instrument geeft een eerste aanwijzing voor de aanwezigheid van **ernstige** gehechtheidsproblemen. Het instrument levert geen diagnose of gehechtheidsclassificatie op. Bij een verhoogde score is aanvullend (diagnostisch) onderzoek nodig naar de aard en/of de ernst van de gehechtheidsproblemen.

In de Jeugdhulpriichtlijn [Problematische Gehechtheid](#) (2020) en de [JGZ richtlijn Ouder-Kindrelatie](#) (2021) wordt de LSVG aanbevolen voor gebruik in de jeugdhulpverlening en de jeugdgezondheidszorg. De LSVG kan *zonder specifieke training* afgenomen worden. Wel is kennis van de gehechtheidstheorie en bekendheid met (de ontwikkeling van) gehechtheidsgedrag gewenst. Beide richtlijnen kunnen hierbij ondersteunen.

## Psychometrische kenmerken

Recent is in Nederland de validiteit en de bruikbaarheid van de LSVG vastgesteld in een steekproef van 200 jonge kinderen (Hall et al., in prep.)

**De psychometrische kenmerken van de LSVG (sensitiviteit en specificiteit) zijn goed.**

- Wanneer de uitkomst op de Attachment Q-Sort als criterium wordt gebruikt, vinden we een sensitiviteit van .80, en een specificiteit van .89 bij de afkapwaarde van 16 op de LSVG.
- 80% van de kinderen die volgens de AQS een problematische gehechtheidsrelatie hebben, wordt met behulp van de LSVG terecht als 'problematisch' bestempeld.
- andersom wordt 89% van de kinderen dat volgens het criterium geen verstoorde gehechtheidsrelatie heeft, als niet-problematische bestempeld door de LSVG.
- De interne consistentie van de acht items van de LSVG is goed: Cronbach's alpha = .80.

## Doel van het instrument

De Lijst Signalen Verstoorde Gehechtheid (LSVG) is een korte checklist om een verstoorde gehechtheidsrelatie op te sporen bij jonge kinderen (1-6 jaar).. Er worden acht specifieke gedragingen van het kind ten opzichte van de ouder uitgevraagd, bijvoorbeeld: 'zoekt het kind troost als het zich bezeerd heeft?', of 'in hoeverre kan het kind de ouder als een veilige basis gebruiken? De professional observeert samen met de ouder/verzorger het kind en inventariseert met de ouder welk gedrag het kind laat zien. Per gedraging wordt een score bepaald, en zo kan een totaalscore berekend worden die aangeeft hoe waarschijnlijk het kind een verstoorde gehechtheidsrelatie heeft. Hoe hoger de score, hoe waarschijnlijker een problematische of verstoorde gehechtheidsrelatie.

# ACHTERGROND INFORMATIE LSVG (2/5)

[TERUG NAAR BOVEN](#)

## Doelgroep

De LSVG kan ingezet worden bij kinderen in de leeftijd van 1 tot en met 6 jaar en hun ouder(s)/ vaste verzorgers. De ontwikkelaars hebben geen strakke leeftijdsgrenzen aangegeven.

## In welke situaties kan de LSVG ingezet worden?

- wanneer ouders van jonge (1 t/m 6 jaar) kinderen zich zorgen maken over de opvoeding, of de sociaal-emotionele ontwikkeling en/of het gedrag van hun kind.
- **In de GIZ:** het wordt aanbevolen de LSGV in te zetten bij signalen van problemen in de ouderschapsbeleving en de ouder-kind relatie (Ouder zijn/Band met mijn kind) . Overweeg de LSVG in te zetten bij kind signalen ten aanzien van de sociaal- emotionele ontwikkeling (Gevoelens en Contact met anderen) en Opvoeding.
- wanneer je als professional het vermoeden hebt dat de gehechtheidsrelatie niet optimaal verloopt;
- wanneer een jong kind veel probleemgedrag laat zien, zoals niet willen eten, slapen, spullen vernielen of het hebben woedeaanvallen. Al deze probleemgedragingen kunnen voortvloeien uit een problematische ouder-kind relatie.

## Copyright

De Lijst Signalen Verstoorde Gehechtheid is vrij verkrijgbaar. [Klik hier](#)

Meer uitleg over het verschil tussen de LSVG en de ARI CP: [Klik hier](#)

**Stap 1.** De professional informeert vooraf de ouders: er zijn zorgen over de sociaal-emotionele ontwikkeling/gedrag en/of relatie met ouder. Het instrument geeft eerste indicatie waar deze problemen vandaan zouden kunnen komen (gehechtheidsrelatie).

**Stap 2.** De professional observeert samen met de ouder\* het kind en inventariseert met de ouder in welke mate een kind 'normaal' en 'verstoord' gedrag laat zien ten opzichte van deze ouder.

Er worden acht specifieke gedragingen ten opzichte van die ouder/verzorger geobserveerd (of nagevraagd bij de ouder):

1. Toont het kind (fysieke) genegenheid naar de ouder?
2. Zoekt het kind troost bij de ouder? En hoe reageert het kind op troosten door de ouder?
3. Zoekt het kind hulp bij de ouder?
4. Kan het kind samenwerken met de ouder?
5. Gebruikt het kind de ouder als veilige basis wanneer het kind de omgeving of het speelgoed gaat verkennen (explorerend gedrag)?
6. Vertoont het kind controlerend, bezig gedrag ten opzichte van de ouder?
7. Hoe reageert het kind op de ouder na een korte scheiding?
8. Hoe reageert het kind op vreemden?

**Stap 3.** Voor iedere gedragsdimensie wordt in het scoreformulier omschreven hoe het normale en verstoorde gedrag eruitziet. De professional bepaalt samen met de ouder de score tussen 1 ('bijna altijd normaal') en 5 ('bijna altijd verstoord').

**Stap 4.** Als een ouder bepaald gedrag niet weet, dan wordt het gedrag als 'bijna altijd normaal' 1 gescoord.

**Stap 5.** De acht scores worden opgeteld tot een totaalscore, die ligt tussen 8 en 40.

\* Overall waar 'ouder' staat, kan ook 'verzorger' gelezen worden

## Interpreteren van de uitkomst

Voor het interpreteren van de totaalscore gelden de volgende afkapwaarden:

- **Als de totaalscore lager of gelijk is aan 10:**
- Er zijn géén aanwijzingen voor een verstoorde gehechtheidsrelatie.
- **Als de totaalscore tussen de 11 en 15 ligt:**
- Er zijn geen duidelijke aanwijzingen voor een verstoorde gehechtheidsrelatie, maar mogelijk is de gehechtheidsrelatie niet optimaal. Oplettendheid is geboden.
- **Bij een totaalscore van 16 of hoger** zijn er aanwijzingen voor een verstoorde gehechtheidsrelatie. Er is meer (diagnostisch) onderzoek nodig naar de aard en/of de ernst van de problemen.

## Vervolgstappen

### Bij een totaalscore lager of gelijk aan 10 :

- Bevestig naar de ouders dat de gehechtheidsrelatie zich normaal ontwikkelt.
- Geef – indien ouders daarvoor openstaan - voorlichting en advies aan ouders over het belang van een goede band met je kind. Zie bijvoorbeeld de [JGZ richtlijn Ouder-Kindrelatie](#) of tips van [opvoedinformatie](#).

### Bij een totaalscore tussen de 11 en 15:

- Vertel ouders dat er geen aanwijzingen zijn voor een verstoorde of problematische gehechtheidsrelatie, maar er is wel ruimte voor verbetering van die relatie. De relatie met het kind mag extra aandacht krijgen.
- Geef voorlichting en advies aan ouders, bijv. tips om de band met het kind te versterken: Zie bijvoorbeeld de [JGZ richtlijn Ouder-Kindrelatie](#) of tips van [opvoedinformatie](#).

- Overweeg of het mogelijk is om het kind/gezin vaker te zien.
- Overweeg om het kind/gezin te bespreken in een team.

### Bij een score van 16 of hoger:

- Het is wenselijk dat kind en ouders verwezen worden naar een gedragswetenschapper met specifieke kennis van gehechtheidsrelaties die aanvullend onderzoek kan doen naar de gehechtheidsrelatie. (Bijv. een GZ-psycholoog, kinder- en jeugdpsycholoog NIP, orthopedagoog-generalist NVO, IMH specialist DAIMH, of een professional in de specialistische jeugdhulp).
- Het bepalen van de vervolgactie is mede afhankelijk van de voorgeschiedenis van het kind, zoals de reeds ontvangen hulpverlening.
- Het vervolgtraject is afhankelijk van regionale afspraken met ketenpartners en het aanbod van jeugdhulp in de omgeving.

Meer toelichting over het verschil tussen de LSVG en de ARI CP: [klik hier](#)

# ACHTERGROND INFORMATIE LSVG (4/5)

[TERUG NAAR BOVEN](#)

## Referenties

ACAAP (2006). Praktijkrichtlijn voor de diagnose en behandeling van kinderen en adolescenten met reactieve hechtingsstoornis van de zuigelingenleeftijd tot de vroege kindertijd (Nederlandse vertaling). *Kind en Adolescent Review*, 13, 255-283.

Boris, N. W. & Zeanah, C. H. (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1206-1219.

Bowlby, J. (1988). *A secure base. Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.

Dekker - van der Sande, F. & Janssen, C. (2010). [Signaleren van verstoord gehechtheidsgedrag. Best practice voor het diagnosticeren van gehechtheidsproblemen bij kinderen/jongeren met een visuele en/of licht verstandelijke beperking](#). Den Haag: Lemma.

Hall, R., van Bakel, H., De Wolff, M., Klein Velderman, M., Alberti, J. (in preparation). *The validity of a new checklist for disturbed child attachment*.

Stor, P., & Storsbergen, H. (2006). *Onveilig gehecht of een hechtingsstoornis. Het herkennen van hechtingsproblematiek bij mensen met een verstandelijke beperking*. Uitgeverij Lemma BV.

Van IJzendoorn, M. H., Vereijken, C. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Riksen-Walraven, J. M. (2004). Assessing attachment security with the Attachment Q Sort: Meta-analytic evidence for the validity of the observer AQS. *Child Development*, 75, 1188-1213.

van IJzendoorn, M. H. (2008). *Opvoeding over de grens. Gehechtheid, trauma en veerkracht*. Amsterdam: Boom Academic.

van IJzendoorn, M. H. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). *Gehechtheid en trauma*. Amsterdam: Hogrefe.

de Wolff, M., Bakel van, H.J. A. , Juffer, F., Dekker-van der Sande, F., Sterkenburg, P. S., & Thoomes-Vreugdenhil, A. (2012). [Richtlijn Problematische Gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming](#). Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.

De Wolff, M. & Lanting, C. (2021). [JGZ Richtlijn Ouder -kindrelatie](#).

<p><b>1. Toont het kind genegenheid naar de ouder/verzorger?</b></p>	<p><b>1 Bijna altijd normaal</b> Er regelmatig lichamelijk contact tussen verzorger en kind. Het kind zit op schoot bij de verzorger, en geniet van knuffelen en contact met de verzorger.</p>	2	3	4	<p><b>5 bijna altijd verstoord</b> Het kind wil liever geen fysiek contact, vindt het contact niet prettig, en weert het af. OF het kind bewaart te weinig afstand ten opzichte van relatief onbekende volwassenen.</p>
<p><b>2. Zoekt het kind troost bij de verzorger? En hoe reageert het kind op troosten door de verzorger?</b></p>	<p><b>1 Bijna altijd normaal</b> Het kind gaat naar de verzorger toe, wil opgetild worden of kruipt achter hem weg en/of houdt hem vast als er iets spannends, nieuws of engs voorvalt. Het kind laat zich doorgaans goed troosten door de verzorger.</p>	2	3	4	<p><b>5 bijna altijd verstoord</b> Het kind zoekt geen troost bij pijn, angst of ziekte bij de verzorger. Het kind kan zich zelfs actief verzetten tegen troosten. Het kind laat zich niet troosten of reageert zeer onvoorspelbaar en wispelturig op getroost worden.</p>
<p><b>3. Zoekt het kind hulp bij de ouder /verzorger?</b></p>	<p><b>1 Bijna altijd normaal</b> Het kind zoekt hulp of steun bij de verzorger in een moeilijke situatie, meestal door naar de verzorger toe te gaan, en nabijheid te zoeken.</p>	2	3	4	<p><b>5 bijna altijd verstoord</b> het kind zoekt geen hulp en steun bij de verzorger in moeilijke situaties OF het kind is extreem afhankelijk van de verzorger, of heel wisselend en onvoorspelbaar in het zoeken van hulp bij de verzorger.</p>
<p><b>4. Kan het kind samenwerken met de ouder/verzorger?</b></p>	<p><b>1 Bijna altijd normaal</b> Het kind stelt zich doorgaans coöperatief op naar de verzorger. Verzorger en kind kunnen gezamenlijk iets ondernemen, waarbij het kind plezier beleeft aan de interactie. Het kind is rekening houdend met de leeftijd - doorgaans redelijk aan te sturen door de verzorger. Na boosheid of conflicten wordt het contact tussen verzorger en kind altijd weer hersteld.</p>	2	3	4	<p><b>5 bijna altijd verstoord</b> Het kind negeert de verzorger, is moeilijk aan te sturen door de verzorger, gaat niet in op instructies of verzoeken van de verzorger, of gaat de confrontatie aan. Het kind kan ook extreem meegaand is ten opzichte van de verzorger. Verder geldt dat het contact tussen verzorger en kind veel moeilijker hersteld wordt na conflicten of bij boosheid.</p>
<p><b>5. Is de verzorger een veilige basis bij explorerend gedrag?</b></p>	<p><b>1 Bijna altijd normaal</b> Het kind gebruikt de verzorger als veilige basis van waaruit een nieuwe omgeving of een nieuwe situatie wordt verkend. Het kind checkt of de verzorger aanwezig is, onderhoudt oogcontact. Zodra de kust veilig is, zal het kind minder op de verzorger en meer op spel gericht zijn.</p>	2	3	4	<p><b>5 bijna altijd verstoord</b> Controleert niet of de verzorger aanwezig blijft in een onbekende situatie tijdens de exploratie, of heeft zeer grote tegenzin om de verzorger te verlaten om te gaan spelen.</p>
<p><b>6. Vertoont het kind controlerend, bazig gedrag ten opzichte van de verzorger?</b></p>	<p><b>1 Bijna altijd normaal</b> Het kind laat weinig signalen van controlerend gedrag ten opzichte van de verzorger.</p>	2	3	4	<p><b>5 bijna altijd verstoord</b> Het kind vertoont erg controlerend, niet bij de leeftijd passend, bazig of dominant gedrag ten opzichte van de verzorger.</p>
<p><b>7. Hoe reageert het kind op de verzorger na een korte scheiding?</b></p>	<p><b>1 Bijna altijd normaal</b> Na een korte scheiding, of als het verdrietig is, zoekt het kind nabijheid en fysiek contact met de verzorger. Als het kind niet verdrietig is, maakt het op een positieve manier contact met de verzorger door middel non-verbale of verbale communicatie. Of het kind vertelt aan de verzorger wat er gebeurde tijdens de scheiding.</p>	2	3	4	<p><b>5 bijna altijd verstoord</b> Het kind is niet in staat om op een gewone manier contact te maken met de verzorger: het kind is erg boos, vermijdt elk contact met de verzorger of is extreem passief of laat grillig en onnavolgbaar gedrag zien aan de verzorger.</p>
<p><b>8. Hoe reageert het kind op vreemden?</b></p>	<p><b>1 Bijna altijd normaal</b> Het kind reageert in eerste instantie terughoudend op personen die hij nog niet eerder gezien heeft. Als het kind in een onbekende omgeving is, zal de terughoudendheid groter zijn dan in een vertrouwde omgeving.</p>	2	3	4	<p><b>5 bijna altijd verstoord</b> Het kind zoekt onmiddellijk contact met een onbekende persoon, zonder terughoudendheid in het begin. Het kind wil bijvoorbeeld opgetild worden, zonder dat hij/zij nog op de vaste verzorger let. Het kan ook zijn dat het kind extreem afwijzend is ten opzicht van vreemden.</p>

**NB**

Als de ouder bepaald gedrag niet weet, krijgt dat gedrag score 1

## Theoretische achtergrond ARI CP 2-5

Binnen de gehechtheidsliteratuur is er veel discussie geweest over hoe de kwaliteit van gehechtheidsrelaties kan worden gemeten: met observaties, interviews of vragenlijsten.

Meer recent staat niet zo zeer centraal wat de beste methode is, maar meer welke aspecten van gehechtheid worden gemeten met de verschillende instrumenten (Bosmans & Kerns, 2015; Spruit et al., 2018). Mede als gevolg van de multidimensionaliteit van het concept 'kwaliteit van de gehechtheidsrelatie' heeft elk gehechtheidsinstrument voor- en nadelen en geen van de instrumenten lijkt geschikt om het totale construct van de kwaliteit van gehechtheidsrelatie te meten.

Eén van de voordelen van het meten van de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie met behulp van vragenlijsten is dat deze laagdrempelig, praktisch en weinig tijd kosten om in te zetten. Andere beschikbare instrumenten, zoals observatie instrumenten en interviews, kosten vaak veel tijd en/of uitgebreide training (Dwyer, 2005). In de klinische praktijk kan het voorkomen dat door een gebrek aan praktische instrumenten er überhaupt geen aandacht wordt besteed aan de kwaliteit van gehechtheidsrelaties (Spruit et al., 2018). Aangezien de kwaliteit van gehechtheidsrelaties een belangrijke rol speelt bij de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen, zou dat erg onwenselijk zijn. In Nederland is er al enige tijd ervaring met het gebruik van vragenlijsten bij het meten van de kwaliteit van gehechtheidsrelaties, bijvoorbeeld met de *Attachment Insecurity Screening Inventory* (AISI) ontwikkeld door Basic Trust en de Universiteit van Amsterdam. Hoewel de AISI voldoende betrouwbaar en valide was, bleken er ook verbetermogelijkheden te zijn. In de doorontwikkeling van de AISI is hierop voortgebouwd en vanuit deze inspanningen is de ARI-CP 2-5 ontstaan.

De ARI-CP 2-5 is een vragenlijst voor opvoeders die beoogt om **inzicht te geven in de wijze waarop opvoeders de gehechtheidsrelatie met hun kind waarnemen**. De ARI-CP 2-5 presenteert een profiel van de mate waarin de opvoeders zichzelf en/of hun kind herkennen in uitspraken over kenmerken van veilige, vermijdende, ambivalente en gedesorganiseerde gehechtheidsrelaties.

De ARI-CP 2-5 geeft geen diagnose of classificatie.

## Psychometrische kenmerken

De sensitiviteit van de ARI-CP 2-5 ligt tussen de 80.0% en 83.6%, afhankelijk van het specifieke observatie-instrument waarmee de ARI-CP 2-5 wordt vergeleken. De specificiteit ligt tussen de 53.6% en 60.3%, afhankelijk van het specifieke observatie-instrument waarmee de ARI-CP 2-5 wordt vergeleken.

Met behulp van een confirmatieve factoranalyse is de factorstructuur van de ARI CP getoetst: het veronderstelde model met vier factoren (veilig, vermijgend, ambivalent en gedesorganiseerd) bleek een goede fit te hebben. Dit betekent dat de veronderstelde vierfactorstructuur ook terug te zien is in de data.

De **convergente validiteit** (de mate waarin een instrument samenhangt met een construct waarmee een samenhang wordt verondersteld) is goed: Er werden over het algemeen kleine tot grote associaties gevonden tussen de ARI-CP 2-5 en de SDQ-schalen. Alle verbanden waren significant en in de verwachte richting, waarbij hoe meer problemen de opvoeder ervoer binnen de relatie, des te meer problemen de opvoeder rapporteerde in het gedrag van het kind.

De **interne consistentie** van de vier ARI-CP 2-5 schalen is voldoende tot goed: Cronbach's alfa's liggen tussen .78 (voor de Vermijdende schaal) en de .89 (voor de Veilige en Gedesorganiseerde schaal).

## Doel van het instrument

De ARI-CP 2-5 is ontwikkeld met als doel om **inzicht te krijgen in de kwaliteit van de gehechtheidsrelatie tussen kind en opvoeder, vanuit de perceptie van de opvoeder**. De gehechtheidsrelatie tussen opvoeder en kind gaat enerzijds over de mate waarin het kind nabijheid zoekt van de opvoeder in geval van stress en negatieve emoties en de opvoeder vervolgens in staat is om de stress te reguleren. Anderzijds gaat het over de mate waarin het kind de opvoeder gebruikt als veilige basis om de wereld te ontdekken en de opvoeder in staat is om die veilige basis te bieden. De ARI-CP 2-5 is een instrument dat relatiespecifiek is. Hiermee wordt bedoeld dat de resultaten van de ARI-CP 2-5 alleen iets zeggen over de relatie tussen de opvoeder die de ARI-CP 2-5 heeft ingevuld en het kind waarover de opvoeder de ARI-CP 2-5 heeft ingevuld. Op basis van de resultaten kan er een uitspraak worden gedaan over hoe de opvoeder de gehechtheidsrelatie met het kind ervaart. De ARI-CP 2-5 maakt onderscheid tussen vier verschillende dimensies, die overeenkomen met de vier gehechtheidsrelaties: veilig, onveilig-vermijdend, onveilig-ambivalent en onveilig-gedesorganiseerd.

## Doelgroep

De vragenlijst kan ingezet worden bij opvoeders met een kind van 2 tot en met 5 jaar oud, om na te gaan in hoeverre opvoeders zelf problemen waarnemen in de relatie met hun kind. De opvoeders moeten enige omgang hebben met het kind, op basis waarvan zij de vragen kunnen beantwoorden. Bovendien is voldoende kennis van de Nederlandse taal vereist om de vragen te schriftelijk te kunnen beantwoorden.

## In welke situaties kan de ARI CP ingezet worden?

- De ARI-CP 2-5 wordt in de regel ingezet als er zorgen bestaan over de kwaliteit van de gehechtheid tussen opvoeder(s) en het jonge kind (2-5 jaar).
- In hoeverre nemen opvoeders problemen waar in de gehechtheidsrelatie met hun kind?

- De aanleiding kan zijn dat er bij de opvoeders signalen zijn, dat er problemen zijn in de relatie met het kind.
- De aanleiding kan ook zijn dat er problemen zijn in de ontwikkeling van het kind, die mogelijk voortvloeien uit of impact hebben (gehad) op de relatie met de opvoeder.
- Kortom, als er vermoedens zijn dat er problemen zijn in de relatie tussen opvoeder en kind, of als de wens bestaat om uit te sluiten dat er problemen zijn in de relatie tussen opvoeder en kind, dan kan de ARI-CP 2-5 ingezet worden.
- **In de GIZ:** Het wordt sterk aanbevolen de ARI-CP in te zetten bij signalen van problemen in de ouderschapsbeleving en de ouder-kind relatie (*Ouder zijn/Band met mijn kind*).
- Overweeg de ARI-CP in te zetten bij kind signalen ten aanzien van de sociaal-emotionele ontwikkeling (*Gevoelens en Contact met anderen*) en *Opvoeding*.

De ARI-CP 2-5 kan worden gebruikt in de screening van gehechtheidsproblematiek door te kijken in hoeverre opvoeders problemen waarnemen in de gehechtheidsrelatie met hun kind. De ARI-CP 2-5 wordt in de regel ingezet als er zorgen bestaan over de kwaliteit van de gehechtheid tussen opvoeder(s) en het jonge kind (2-5 jaar). De aanleiding kan zijn dat er bij de opvoeders signalen zijn, dat er problemen zijn in de relatie met het kind. De aanleiding kan ook zijn dat er problemen zijn in de ontwikkeling van het kind, die mogelijk voortvloeien uit of impact hebben (gehad) op de relatie met de opvoeder. Kortom, als er vermoedens zijn dat er problemen zijn in de relatie tussen opvoeder en kind, of als de wens bestaat om uit te sluiten dat er problemen zijn in de relatie tussen opvoeder en kind, dan kan de ARI-CP 2-5 ingezet worden.

# ACHTERGROND INFORMATIE ARI-CP (3/5)

[TERUG NAAR BOVEN](#)

## Hoe gebruik je dit instrument?

De ARI CP 2-5 kan ingezet worden als hulpmiddel om de perceptie van opvoeders van de gehechtheidsrelatie op gestructureerde manier in kaart te brengen. Op basis van de uitkomst van de vragenlijst kan een uitspraak worden gedaan *over hoe de opvoeder de gehechtheidsrelatie met het kind ervaart*.

De resultaten van de ARI-CP 2-5 moeten beoordeeld en gewogen worden binnen een breder diagnostisch proces waarbij ook observaties en interviews worden uitgevoerd. Het in kaart brengen van de perceptie van opvoeders heeft in dit proces grote waarde, maar de ARI CP zelf biedt dus geen diagnose of classificatie.

De ARI CP is een zelfrapportage vragenlijst en wordt beantwoord door de directe opvoeders/ouders van het kind. Als er twee opvoeders betrokken zijn bij de opvoeding van het kind, dan is het belangrijk dat beide opvoeders de vragenlijst invullen. Als de opvoeder moeite heeft met het invullen van de vragenlijst, vanwege het taalgebruik of vanwege moeite om de vragen te begrijpen, dan kan het instrument samen met een professional ingevuld worden. Het instrument kan zowel thuis, op school, bij een consultatiebureau, als op locatie bij een instelling afgenomen worden.

De ARI-CP 2-5 bevat 48 uitspraken over de opvoeder-kindrelatie.

Bijvoorbeeld: “Ik kan mijn kind gemakkelijk troosten”, “Mijn kind claimt mij” en “Ik heb het gevoel dat mijn kind de baas is over mij”. De opvoeder maakt een keuze op een vijfpuntsschaal (helemaal niet van toepassing - helemaal wel van toepassing) in hoeverre de uitspraak van toepassing is op de relatie met hun kind.

Het invullen van de vragenlijst kost ongeveer 15 minuten.

## Hoe interpreteer je de uitkomst?

Het instrument heeft vier subschalen: een schaal voor veilige -, vermijdende -, ambivalente - en gedesorganiseerde gehechtheid. De antwoorden van de opvoeder worden opgeteld per schaal, en het instrument levert dus 4 schaalcores op. Met behulp van onderstaande normtabel kan bepaald worden of de ouder boven het gemiddelde van die schaal scoort.

De ARI-CP 2-5 maakt onderscheid tussen vier verschillende dimensies, die overeenkomen met de vier gehechtheidsrelaties: veilig, onveilig-vermijdend, onveilig-ambivalent en onveilig-gedesorganiseerd (klik hier voor meer [toelichting](#)).

**Als de ouder op één van de schalen een score heeft die in het rode gebied valt, dan is dat een aanwijzing voor de mogelijke aanwezigheid van gehechtheidsproblematiek.**

In dat geval kan een doorverwijzing overwogen worden naar een psycholoog of een andere professional die bevoegd is om verdere diagnostiek uit te voeren.

Normtabel ARI-CP overgenomen uit de [Handleiding ARI CP 2-5](#) (Spruit, et al., 2019).

Als een van de scores in deze groep valt is dat een aanwijzing voor gehechtheidsproblematiek		
<b>Veilige schaal</b>	Lager of gelijk aan <b>51</b>	
<b>Vermijdende schaal</b>		Hoger of gelijk aan <b>25</b>
<b>Ambivalente schaal</b>		Hoger of gelijk aan <b>25</b>
<b>Gedesorganiseerde schaal</b>		Hoger of gelijk aan <b>31</b>

# ACHTERGROND INFORMATIE ARI-CP (4/5)

[TERUG NAAR BOVEN](#)

Bij een **veilige gehechtheidsrelatie** laat het kind een gezonde balans zien tussen het verkennen van de omgeving (exploreren) en het zoeken van de nabijheid van de opvoeder. De opvoeder biedt zowel de veilige uitvalsbasis van waaruit het kind de omgeving kan verkennen, als de veilige haven waarnaar het kind terugkeert bij spanning of angst. De opvoeder reageert voorspelbaar, betrouwbaar en invoelend op het gehechtheidsgedrag van het kind. Er is sprake van warme gevoelens en gedeeld plezier. Het kind vertrouwt op de beschikbaarheid van de opvoeder.

Bij **vermijdende gehechtheidsrelaties** minimaliseert het kind gehechtheidsgedrag. De ouder fungeert niet als veilige haven bij wie het kind troost kan vinden. Een vermijdend-gehecht kind heeft geleerd geen beroep meer te doen op de opvoeder als hij/zij stress ervaart, omdat de opvoeder hem/haar afwees of anderszins niet beschikbaar bleek of als zodanig door het kind als niet beschikbaar werd ervaren, bijvoorbeeld als gevolg van vroegkinderlijk trauma. Het is ook mogelijk dat de opvoeder warm contact initieert en aanmoedigt, maar dat het kind contact afhoudt omdat het door eerdere onveilige gehechtheidservaringen zich niet meer prettig voelt bij emotionele nabijheid. Het kind is vooral aan het exploreren en zoekt weinig troost of hulp bij de opvoeder. Het kind onderdrukt gehechtheidsgedrag: het kind zoekt weinig toenadering, doet weinig beroep op de opvoeder en is weinig expressief bij stress en emoties. Er is weinig gedeeld plezier tussen de opvoeder en het kind. Het kind negeert de opvoeder, houdt contact af en is ogenschijnlijk overdreven zelfstandig. De opvoeder heeft daardoor het gevoel dat het kind de opvoeder niet nodig heeft.

Bij **ambivalente gehechtheidsrelaties** maximaliseren kinderen het gehechtheidsgedrag om de nabijheid met de opvoeder te bewaren. De opvoeder fungeert niet als veilige uitvalsbasis, waardoor het kind nauwelijks durft te exploreren en erg afhankelijk is van de opvoeder. Doordat de opvoeder soms wel en soms niet sensitief en beschikbaar op het gehechtheidsgedrag van het kind reageert of doordat kinderen (door vroegkinderlijke ervaringen) niet voldoende in staat zijn om sensitieve en beschikbare reacties te ontvangen, zijn deze kinderen bang dat door exploratie de opvoeder niet meer beschikbaar is. Het kind doet een overmatig beroep op de opvoeder en de opvoeder is vervolgens niet effectief in het troosten of hulp bieden. De opvoeder voelt zich overvraagd door het kind en kan de eigen behoeftes moeilijk een plek geven.

Bij **gedesorganiseerde gehechtheid** is de gehechtheidsrelatie tussen opvoeder en kind verstoord. Deze kinderen zijn doorgaans opgegroeid met opvoeders die zowel een bron van steun als een bron van angst zijn, doordat de opvoeder affectief verstoord opvoedgedrag laat zien of het kind mishandelt. Het kind kan zich niet aanpassen aan de onoplosbare paradox van nabijheid zoeken en afstand bewaren en laat daarom vreemd, chaotisch, bizar en gedesorganiseerd gedrag zien richting de opvoeder. Er kan sprake zijn van rolomkering in de opvoeder-kind relatie, wat voor het kind een manier is om controle te krijgen over het gedrag van de opvoeder. Het kind laat gedragsproblemen en problemen in de stress- en emotieregulatie zien in interactie met de opvoeder.

(Deze beschrijvingen zijn afkomstig van Spruit, Willems, Uittenbogaard, & Noom, 2018).

## Wat zijn de vervolgstappen nadat de uitkomst bekend is?

Als de uitkomst bekend is, dan kan deze met de opvoeders besproken worden. Bij indicaties van een veilige of onveilige gehechtheid kunnen de opvoeders gewezen worden op de gedragingen waarin zich dit manifesteert. Voor de professional kan het aanleiding zijn om vervolgstappen te zetten naar verdere diagnostiek. Het kan ook voor de professional ondersteunende informatie bieden in het kader van een behandeling. Als de behandeling gericht is op het verbeteren van de kwaliteit van de

**De ARI-CP 2-5 geeft nadrukkelijk geen classificatie of diagnose in de vorm van een specifieke gehechtheidsstijl, maar een indicatie voor de mogelijke aanwezigheid van veilige, ambivalente, vermijdende of gedesorganiseerde gehechtheid.**

Er is geen speciale scholing nodig voor de interpretatie van deze vragenlijst.

Algemene psychologische of pedagogische kennis en/of kennis van de theorie over gehechtheid is gewenst.

## Relevante links

[De digitale vragenlijst ARI CP](#)

[De handleiding van de ARI CP](#)

## Referenties

Bosmans, G., & Kerns, K. A. (2015). Attachment in middle childhood: Progress and prospects. *New directions for child and adolescent development*, 1-14. ACAAP (2006). Praktijkrichtlijn voor de diagnose en behandeling van kinderen en adolescenten met reactieve hechtingsstoornis van de zuigelingenleeftijd tot de vroege kindertijd (Nederlandse vertaling). *Kind en Adolescent Review*, 13, 255-283.

Colonnesi, C., Draijer, E. M., Stams, G. J. J. M., Van der Bruggen, C. O., Bögels, S. M., & Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: a meta-analytic

review. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40, 630-645.

Dwyer, K. M. (2005). The meaning and measurement of attachment in middle and late childhood. *Human Development*, 48, 155-182.

Polderman, N., Kellaert-Knol, M. G. (2012). *Handleiding Attachment Insecurity Screening Inventory 6-12 jaar* (AISI 6-12 jaar). Haarlem: Basic Trust.

Spruit, A., Colonnese, C., Uittenbogaard, R., Willems, L., Wissink, I. & Noom, M. (2019). Attachment Relationship Inventory – Caregiver perception 2 – 5 Years (ARI-CP 2-5). *Handleiding*. Basic Trust en Universiteit van Amsterdam.

Spruit, A. & Meesters, C (2018). Relationships Questionnaire – Nederlandse versie voor volwassenen. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.

Spruit, A., Goos, L., Weenink, N., Rodenburg, R., Niemeyer, H., Stams, G. J., & Colonnese, C. (2019). The Relation Between Attachment and Depression in Children and Adolescents: A Multilevel Meta-Analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1-16.

Spruit, A., Willems, L., Uittenbogaard, R., & Noom, M. J. (2018). Uitingen van veilige en onveilige gehechtheidsrelaties tussen ouders en hun jonge kind (2 t/m 5 jaar) volgens betrokkenen uit de praktijk. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 7/8, 308-320.

Spruit, A., Wissink, I., Noom, M. J., Colonnese, C., Polderman, N., Willems, L., ... & Stams, G. J. J. (2018). Internal structure and reliability of the Attachment Insecurity Screening Inventory (AISI) for children age 6 to 12. *BMC Psychiatry*, 18, 30.

Wolff, de M., Bakel van, H.J. A. , Juffer, F., Dekker-van der Sande, F., Sterkenburg, P. S., & Thoomes-Vreugdenhil, A. (2012). [Richtlijn Problematische Gehechtheid voor jeugdhulp en jeugdbescherming](#). Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen

# ACHTERGROND INFORMATIE SDQ (1/4)

[TERUG NAAR BOVEN](#)

## Theoretische achtergrond

### Oorsprong

De *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) is van oorsprong een Engelse vragenlijst die in 1997 ontwikkeld werd door Goodman en in 2000 vertaald werd in het Nederlands door Treffers & van Widenfelt in samenwerking met Goodman (Goedhart e.a., 2003). Goodman verkreeg de vragen voor de SDQ door gebruik te maken van de omschrijving van de symptomen van DSM-diagnoses (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) die relatief vaak voorkomen bij jeugdigen (angst, depressie, gedragsstoornissen en ADHD). Daaraan werden enkele vragen toegevoegd over problemen met leeftijdsgenoten als indicatie voor psychische problemen.

### Psychometrische kenmerken

Er is veel onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid en de validiteit van de signalering van SDQ bij jeugdigen in de leeftijd van 3 t/m 17 jaar, ook in Nederland (Vogels et al., 2009; Theunissen et al., 2013; Mieloo et al., 2012 & 2014; Stone et al., 2015; Theunissen et al., 2019; Vugteveen et al., 2018a, 2019). In deze onderzoeken werd de SDQ vergeleken met een ASEBA vragenlijst. De ASEBA vragenlijsten bestaan uit een ouderversie (Child Behavior Checklist, CBCL), of zelfrapportage vragenlijst (Youth Self Report, YSR). De interne consistentie van de Totale Probleemscore was goed. Verder bleek de SDQ Totale Probleemscore een goed onderscheid te kunnen maken tussen jeugdigen die op de ASEBA lijst waarschijnlijk geen psychosociale problemen hebben en jeugdigen die dat wel hebben. Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de SDQ (zelfrapportage en ouderversie) een betrouwbaar en valide instrument is voor de signalering van psychosociale problemen bij jeugdigen van 3 t/m 17 jaar (ouderversie) en 12 t/m 17 jaar (zelfrapportage).

## Doel van het instrument

De *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) is een vroegsignaleringsinstrument voor de opsporing van psychosociale problemen bij jeugdigen. De SDQ meet:

- De aanwezigheid van psychosociale problemen
- Sterke kanten van de jeugdige
- De invloed van psychosociale problemen op het dagelijks functioneren

### Items en subschalen

De vragenlijst bevat in totaal 25 items, die betrekking hebben op de volgende vijf subschalen:

1. Hyperactiviteit / aandacht tekort
2. Emotionele problemen
3. Problemen met leeftijdsgenoten
4. Gedragsproblemen
5. Pro-sociaal gedrag

Naast de 25 items is er ook een impactschaal. Met vijf vragen wordt geprobeerd inzicht te krijgen in hoeverre eventueel aanwezige problematiek bij het kind/jongere het dagelijks functioneren van de jeugdige verstoort en wat de ernst en duur is van deze problematiek.

### Doelgroep

De SDQ kan ingezet worden bij jeugdigen in de leeftijd van 3 t/m 17 jaar. De SDQ is in verschillende varianten (d.w.z. voor verschillende informant(en)) beschikbaar. Zo zijn er versies die jongeren zelf kunnen invullen (van 11 t/m 16 jaar) en is er een versie voor ouders (van 3 t/m 4 jaar en 4 t/m 17 jaar) en leerkrachten (van 3 t/m 4 jaar en 4 t/m 17 jaar).

# ACHTERGROND INFORMATIE SDQ (2/4)

[TERUG NAAR BOVEN](#)

## Copyright

De SDQ, in de Nederlandse vertaling of in iedere andere vertaling, is een auteursrechtelijk beschermd document dat op geen enkele manier mag worden gewijzigd. Het copyright van de SDQ wordt beheerd door de uitgeverij [Youth in Mind](#), opgericht door Robert Goodman, auteur van onder andere de SDQ. Het is niet toegestaan de formulering van bepaalde items van de SDQ aan te passen. Bovendien zouden strikt genomen eerder gevonden validatie-uitkomsten van de SDQ komen te vervallen als bepaalde items anders geformuleerd worden.

Alle versies van de SDQ kunnen gedownload worden van [deze website](#) en op papier kosteloos worden gekopieerd en/of verspreid voor niet-commerciële doeleinden. Wanneer de SDQ digitaal wordt gebruikt, dan moet wel een licentie worden aangeschaft bij de Uitgever Youth in Mind.

## Gebruik van de SDQ

### Afname van de SDQ

De [JGZ-richtlijn psychosociale problemen](#) (Theunissen et al, 2016) beveelt aan om een valide instrument, zoals de SDQ, te gebruiken als hulpmiddel voor de opsporing van psychosociale problemen. In een groot aantal JGZ-organisaties wordt de SDQ ouerversie (3-17 jaar) of zelfrapportage (11-17 jaar) voorafgaand aan het preventieve JGZ contactmoment ingevuld door de ouders en/of jongere. De SDQ score wordt gebruikt voor triagerings doeleinde in de JGZ, waarbij onder andere op basis van een klinisch of grens-afkappunt de risicokinderen worden geselecteerd voor een preventief contactmoment (gesprek) met de jeugdarts of jeugdverpleegkundigen. In een reguliere JGZ werkwijze, waarbij alle jeugdigen een preventief JGZ contactmoment krijgen aangeboden kan de JGZ professional de antwoorden op de SDQ samen met de ouders/jeugdigen bespreken.

## Verhouding SDQ en RCADS

In sommige JGZ organisaties wordt de RCADS-22 afgenomen voorgaand aan het preventieve JGZ contactmoment. De RCADS-22 is een valide zelf-rapportage vragenlijst (vanaf 8 jaar) voor het meten van angst en depressie. Dit instrument maakt deel uit van de werkwijze *Jij en Je Gezondheid*, die momenteel vooral wordt toegepast bij de contacten met adolescenten. Zowel de RCADS-22 als de SDQ zijn valide instrumenten.

Beide vragenlijsten hebben een verschillend **doel**.

- De SDQ is een generieke vragenlijst die een globaal beeld geeft van de psychosociale gezondheid van een kind op de gebieden emotionele en gedragsproblemen, hyperactiviteit, problemen met leeftijdsgenoten en pro-sociaal gedrag. Een generieke vragenlijst kan niet aangeven of een kind boven een bepaalde problematische grens soort voor angst of depressieklachten. De RCADS-22 kan deze informatie wel geven.
- De RCADS-22 geeft een eerste aanwijzing of een kind/jongere wel of niet last heeft van angst en/of depressie. In tegenstelling tot de SDQ geeft de RCADS-22 geen informatie over de overige gebieden zoals gedragsproblemen en hyperactiviteit. De RCADS-22 focust dus specifiek op internaliserende problemen zoals angst en depressie.
- Voor een overzicht van de verschillen tussen de SDQ en RCADS-22: [klik hier](#)

De SDQ heeft naast de 25 items ook een **impactschaal**. Door middel van vijf vragen wordt inzicht verkregen krijgen in hoeverre eventueel aanwezige problematiek bij het kind/jongere het dagelijks functioneren van de jeugdige verstoort en wat de ernst en duur is van deze problematiek.

# ACHTERGROND INFORMATIE SDQ (3/4)

[TERUG NAAR BOVEN](#)

## Berekenen van de SDQ score

- Om de **Totale Probleemscore** te berekenen worden de itemscores van de eerste vier subschalen bij elkaar opgeteld: alleen de items van de subschaal 'Prosociaal gedrag' worden niet meegeteld. De Totale Probleemscore kan variëren van 0 tot 40. Hoe hoger de score op de Totale Probleemchaal, hoe sterker de aanwijzing voor de aanwezigheid van psychosociale problemen bij een jeugdige.
- Het tweede deel van de SDQ bevat vijf vragen met als doel de ernst van de eerder gemelde problemen (als die er zijn) te achterhalen. Deze **impactscore** loopt van 0 tot 10. Hierbij is een score van 0 normaal, een score van 1 is het grensgebied en een score van 2 of meer is verhoogd.
- Klik [hier](#) voor de Handleiding SDQ waarin een overzicht te vinden is van de schalen en welke items daarbij horen en hoe elk item gescoord wordt.
- De afkappunten van de SDQ Totale Probleemscore zijn afhankelijk van leeftijd van de jeugdige en de SDQ vragenlijst die gebruikt is (zelf-rapportage of ouderversie). Klik [hier](#) voor de Handleiding SDQ met een overzicht van de afkappunten.

## Interpreteren van de uitkomst

- Als de SDQ Totale Probleemscore verhoogd is, dan zijn er aanwijzingen voor lichte (bij grensgebied afkappunt) of ernstige problemen (klinisch afkappunt) bij de jeugdige.
- Bij een verhoogde SDQ Totale Probleemscore gaat de jeugdarts of -verpleegkundige in een gesprek met de ouders en/of jeugdige na of de probleemsignalen die zijn afgegeven zodanig ernstig zijn dat een vervolgactie nodig is.
- Een verhoogde SDQ Totale Probleemscore en aanwijzingen voor verstoring van het dagelijks functioneren (op basis van de Impactschaal) tezamen vormen een zeer sterke aanwijzing voor serieus te nemen problemen.

## Vervolgstappen na de SDQ

- Bij een verhoogde totaalscore dient de jeugdarts of -verpleegkundige in een gesprek met de ouders en/of jeugdige na te gaan of de probleemsignalen die zijn afgegeven zodanig ernstig zijn dat een vervolgactie nodig is. Het bepalen van de vervolgactie is mede afhankelijk van de voorgeschiedenis van de jeugdige zoals de reeds ontvangen hulpverlening. Tijdens het vervolgonderzoek kan er ook geruststelling en/of advisering plaatsvinden.
- Mogelijke vervolgacties na het JGZ-contactmoment zijn: nader onderzoek door de JGZ, of een verwijzing naar andere hulpverleners.
  - Een van de onderdelen van nader onderzoek kan zijn het inzetten van uitgebreidere generieke signaleringsinstrumenten, zoals één van de Achenbach *System of Empirically Based Assessment (ASEBA)* vragenlijsten. In het schema [richtinggevende diagnostiek](#) (NCJ) wordt aangegeven welke diagnostische instrumenten ingezet kunnen worden bij een vermoeden van bijv. angst, ADHD, autisme spectrum stoornis, depressie.
  - Wanneer meer hulp nodig is dan alleen advisering door de JGZ, dan kan een jeugdige met psychosociale problemen verwezen worden naar een interventie die volgens de [NJI databank Effectieve Jeugdinterventies](#) geassocieerd is als 'goed onderbouwd', 'effectief volgens eerste aanwijzingen' of 'effectief volgens goede aanwijzingen'.
- Het vervolgtraject is afhankelijk van wat regionaal afgesproken is met betreffende ketenpartners en van het aanbod van jeugdhulp in de omgeving.

## Referenties

- Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Br J Psychiatry* 2000; 177:534-539.
- Goedhart A, Treffers F, Widenfelt van B. Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Maandbl Geestelijke Volksgezondh* 2003; 58:1018-1035.
- Mieloo CL, Bevaart F, Donker MC, van Oort FV, Raat H, Jansen W. Validation of the SDQ in a multi-ethnic population of young children. *Eur J Public Health*. 2014 Feb;24(1):26-32.
- Mieloo C, Raat H, van Oort F, Bevaart F, Vogel I, Donker M, Jansen W. Validity and reliability of the strengths and difficulties questionnaire in 5-6 year olds: differences by gender or by parental education? *PLoS One*. 2012;7(5)
- Mieloo CL, Bevaart F, Donker MC, van Oort FV, Raat H, Jansen W. Validation of the SDQ in a multi-ethnic population of young children. *Eur J Public Health*. 2014 Feb;24(1):26-32.
- Stone LL, Janssens JM, Vermulst AA, Van Der Maten M, Engels RC, Otten R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: psychometric properties of the parent and teacher version in children aged 4-7. *BMC Psychol*. 2015 Feb 20;3(1):4.
- Theunissen M, Vogels A, de Wolff M, Reijneveld SA. Characteristics of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Pre-school Children. *Pediatrics* 2013, 131 (2):1-9.
- Theunissen MHC & de Wolff MS. [JGZ-richtlijn psychosociale problemen](#). Utrecht: NCJ; 2016.
- Theunissen MHC, de Wolff M, van Grieken A, Mieloo C. [Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de Jeugdgezondheidszorg](#). Vragenlijst voor het signalering van psychosociale problemen bij 3-17 jarigen. Leiden: TNO; 2016.
- Theunissen MHC, de Wolff MS, Reijneveld SA. The Strengths and Difficulties Questionnaire Self-Report: A Valid Instrument for the Identification of Emotional and Behavioral Problems. *Acad Pediatr*. 2019 May - Jun;19(4):471-476. doi:10.1016/j.acap.2018.12.008. Epub 2019 Jan 10. PubMed PMID: 30639760.
- Vogels AG, Crone MR, Hoekstra F, Reijneveld SA. Comparing three short questionnaires to detect psychosocial dysfunction among primary school children: A randomized method. *BMC Public Health*. 2009;9(1):489.
- Vugteveen J, de Bildt A, Theunissen M, Reijneveld M, Timmerman M. Validity Aspects of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Adolescent Self-Report and Parent-Report Versions Among Dutch Adolescents. *Assessment*. 2019 Jul 1:1073191119858416. doi:10.1177/1073191119858416. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 31257902.
- Vugteveen J, de Bildt A, Serra M, de Wolff MS, Timmerman ME. Psychometric Properties of the Dutch Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Adolescent Community and Clinical Populations. *Assessment*. 2018a Oct 8:1073191118804082. doi: 10.1177/1073191118804082. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 30295054.

# ACHTERGROND INFORMATIE RCADS-22 (1/6)

## REVISED CHILD ANXIETY AND DEPRESSION SCALE

[TERUG NAAR BOVEN](#)

### Theoretische achtergrond

#### Oorsprong

De RCADS is van oorsprong een Amerikaanse vragenlijst die in 2000 ontwikkeld is door Chorpita et al. (2000). Chorpita et al. ontwikkelden de vragenlijst om symptomen van verschillende angststoornissen en de depressieve stoornis uit te vragen volgens de DSM-IV criteria bij kinderen en adolescenten. Kinderen en adolescenten hebben namelijk vaak last van angst en depressie. Van de Nederlandse jongvolwassenen van gemiddeld 19 jaar oud heeft 18,9% ooit een angststoornis en 15,5% ooit een depressieve stoornis gehad (De Graaf et al., 2010). Bovendien komen angst en depressie vaak samen voor (Cummings et al., 2014). Toch worden angst en depressie bij kinderen en adolescenten nauwelijks herkend door ouders, verzorgers of leerkrachten. Daarom ontwikkelden Chorpita en collega's een vragenlijst die kinderen en adolescenten zelf kunnen invullen.

De oorspronkelijk RCADS bestaat uit 47 vragen (RCADS-47), verdeeld over 6 schalen: een separatie angstschaal, een sociale fobieschaal, een gegeneraliseerde angstschaal, een paniekstoornisschaal, een obsessief-compulsieve angstschaal en een depressieschaal. Voor screeningsdoeleinden bestaan verschillende ingekorte versies (Ebesutani et al., 2012; Klaufus et al., 2020; Skoczeń et al., 2017). In Nederland blijkt een ingekorte versie met 22 vragen (RCADS-22) het beste te werken (Klaufus et al., 2020). Deze RCADS-22 bestaat uit twee schalen: een algemene angstschaal (15 vragen) en een depressieschaal (7 vragen).

#### Psychometrische kenmerken

Het onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de RCADS-22 is uitgevoerd in een grote representatieve steekproef van Nederlandse schoolgaande kinderen en adolescenten in de leeftijd van 8 tot en met 18 jaar (Klaufus et al., 2020).

In deze steekproef zijn de angstschaal en depressieschaal afzonderlijk onderzocht op de volgende psychometrische eigenschappen: structurele validiteit, interne consistentie, test-hertest betrouwbaarheid, criterium validiteit, en construct validiteit. Hierbij werden internationale definities en standaarden gehanteerd (Mokkink et al., 2018; Mokkink et al., 2010; Terwee et al., 2007).

Volgens deze standaarden waren de resultaten voldoende tot goed:

- **Structurele validiteit:** de angstschaal en depressieschaal meten beide één construct, respectievelijk angst en depressie.
- **Interne consistentie:** de vragen binnen de angstschaal en depressieschaal hangen sterk met elkaar samen.
- **Test-hertest betrouwbaarheid:** kinderen vulden de RCADS-22 twee keer in met ongeveer twee weken ertussen. De antwoorden op de corresponderende vragen bleken grotendeels hetzelfde te zijn.
- **Criterium validiteit:** de antwoorden op de angstschaal kwamen goed overeen met de resultaten van een semigestructureerd diagnostisch interview K-SADS-PL (Kaufman et al., 1997; Reichart et al., 2001). Op basis van het interview zijn afkappunten bepaald voor de angstschaal. Voor de depressieschaal kon dit niet worden onderzocht vanwege te weinig kinderen met een depressieve stoornis in de steekproef.
- **Construct validiteit:** de hypothesen werden grotendeels bevestigd: 1) meisjes scoorden hoger dan jongens; 2) er was een hoge correlatie tussen de angstschaal en de depressieschaal; 3) de relatie tussen angstschaal en de angstvragenlijst SCARED-NL (Muris et al., 1999), en tussen de depressieschaal en de depressievragenlijst CDI-2 (Bodden et al., 2016; Kovacs, M., 1992) was hoog; 4) de relatie tussen de angstschaal en de CDI-2 was lager dan die tussen de angstschaal en de SCARED-NL, alleen de relatie tussen de depressieschaal en de SCARED-NL was –onverwacht– even hoog als tussen de depressieschaal en de CDI-2.

# ACHTERGROND INFORMATIE RCADS-22 (2/6)

[TERUG NAAR BOVEN](#)

## Doel van het instrument

De RCADS-22 is een screeningsinstrument. Dit wil zeggen dat de RCADS-22 een eerste aanwijzing geeft of een kind of jongere wel of niet last heeft van angst en/of depressie. Met de RCADS-22 kan geen diagnose gegeven worden.

## Doelgroep

De doelgroep zijn kinderen en jongeren van 8 tot en met 18 jaar.

## Gebruik van de RCADS-22

Kinderen en jongeren vullen de RCADS-22 zelf in. Het invullen duurt ongeveer 5 tot 10 minuten.

De vragenlijst is gratis verkrijgbaar op de volgende websites:

- o De website van het [Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#).
- o De [RCADS website](#). Op deze website is ook een Engelstalige **handleiding** verkrijgbaar (zie: User's guide (all versions)).

Daarnaast is de vragenlijst in te vullen als onderdeel van de gezondheidsvragenlijst [Jij en Je Gezondheid](#). In *Jij en Je Gezondheid* worden scores automatisch berekend en op basis daarvan adviezen gegeven aan zowel de kinderen en jongeren als aan de professionals.

De RCADS-22 kan in het onderwijs, de JGZ of in de (preventieve) GGZ worden afgenomen. Daarnaast kan de RCADS-22 voorafgaand aan het contactmoment of op indicatie worden afgenomen. Kinderen en jongeren met een verhoogde score worden uitgenodigd voor een gesprek met de intern begeleider of de zorgcoördinator (onderwijs), de jeugdarts of de jeugdverpleegkundige (JGZ), of de GGZ professional (GGZ).

In dit gesprek worden de ernst en de duur van de klachten nader onderzocht. Op basis van het gesprek worden kinderen en jongeren eventueel verwezen naar een (preventief) zorgprogramma.

De RCADS-22 is als vragenlijst opgenomen in *Hart & Ziel* en *Jij en Je Gezondheid*.

- *Hart & Ziel* is een methode om de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen in het primair onderwijs te volgen en te bevorderen (zie deze [website](#)).
- *Jij en Je Gezondheid* is een digitale gezondheidsvragenlijst die voorafgaand aan het preventieve gezondheidsonderzoek bij de jeugdarts of de jeugdverpleegkundige door leerlingen in het voortgezet onderwijs worden ingevuld (zie deze [website](#)).

## Berekenen van de RCADS-22 scores

Per vraag geef je voor het antwoord “nooit” 0 punten, “soms” 1 punt, “vaak” 2 punten, en “altijd” 3 punten.

- o Voor een **angst totaalscore** tel je de antwoorden bij elkaar op van de vragen 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 19, 20, en 22.
- o Voor een **depressie totaalscore** tel je de antwoorden bij elkaar op van de vragen 1, 4, 8, 13, 14, 18, en 21.

## Interpreteren van de uitkomst

### Angst:

Op basis van een semi-gestructureerd diagnostisch interview zijn klinische afkappunten voor de RCADS-22 bepaald.

- Een **totalscore van 12 of hoger** op de angstschaal heeft een sensitiviteit van 0.92 en een specificiteit van 0.65. Dit wil zeggen dat van de kinderen met een angststoornis, 92% terecht wordt gesignaleerd bij een afkappunt van 12 of hoger; van de kinderen zonder angststoornis wordt 65% terecht aangemerkt als geen angstproblemen hebbend. Een afkappunt van 12 of hoger komt tevens overeen met een normgericht afkappunt p90. Dit wil zeggen dat 90% van de kinderen en adolescenten in een representatieve steekproef uit de algemene Nederlandse bevolking een score heeft die lager is.
- Voor alle normgerichte afkappunten, [klik hier](#).

### Depressie:

Op basis van een steekproef die representatief is voor de algemene Nederlandse populatie kinderen en adolescenten zijn normgerichte afkappunten bepaald.

- Een **totalscore van 7 of hoger** komt overeen met de p90.
- Voor overige normgerichte afkappunten [klik hier](#).

## Vervolgstappen

### Scoort een kind 12 of hoger op de angstschaal en/of 7 of hoger op de depressieschaal?

Ga in een gesprek na of een kind/jongere een angst- of depressieve stoornis ofwel depressieve klachten heeft. Dat kan door bijvoorbeeld te vragen:

“Uit de antwoorden blijkt dat je je soms angstig of somber voelt. Iedereen heeft deze gevoelens wel eens. Die kunnen vanzelf over gaan, maar soms blijven ze of worden ze erger. Hoe zit dat bij jou?”

Wat betreft het **onderscheid tussen een angststoornis en normale angst** :

- Een angststoornis is een hevige en chronische angst die een belemmering vormt in het dagelijks leven.
- Onder normale angst wordt verstaan angst die voorkomt in stressvolle situaties en die nuttig kan zijn bij gevaar.

(Bovenstaande informatie is gebaseerd op [de JGZ Richtlijn Angst](#))

Wat betreft het **onderscheid tussen een depressieve stoornis, depressieve klachten en geen depressie**:

- Onder een **depressieve stoornis** wordt verstaan dat *ten minste vijf van de volgende symptomen*, en in ieder geval één van de eerste twee symptomen, ten minste twee weken aanwezig zijn geweest. Deze symptomen worden ook gedeeltelijk uitgevraagd in de RCADS-22 en bij de antwoorden “vaak” of “altijd” is er reden tot zorg.
  - Sombere stemming gedurende het grootste deel van de dag
  - Duidelijke vermindering van interesse of plezier in (bijna) alle activiteiten gedurende het grootste gedeelte van de dag
  - Duidelijke gewichtstoename of gewichtsvermindering
  - In- of doorslaapproblemen, of slaperigheid overdag
  - Opgewonden bewegen, of juist een remming van het bewegen
  - Moeheid of verlies van energie
  - Gevoelens van waardeloosheid, buitensporige of niet reële schuldgevoelens
  - Verminderd vermogen tot nadenken of concentratie, besluiteloosheid
  - Terugkerende gedachten aan de dood

## Vervolg vervolgstappen

- Bij **depressieve klachten** is er sprake van tenminste twee eerdergenoemde symptomen, zonder dat er voldaan wordt aan de criteria voor het stellen van een depressie (namelijk minstens 2 weken een sombere stemming en daarnaast minstens 5 andere symptomen).
- In de overige gevallen is er geen sprake van depressieve klachten of een stoornis. (gebaseerd op de [JGZ Richtlijn Depressie](#)).
- **Overleg met de Jeugd-GGZ** als onduidelijk is of de klachten licht, problematisch of ernstig zijn.
- Vraag **risico- en beschermende factoren** uit.
- Neem een **anamnese** af.
- Bij jongeren van 12 jaar en ouder met een hoge score op de depressieschaal: **vraag suïcide gedachten en gedrag uit**, bijvoorbeeld aan de hand van de Ask *Suicide-screening Questions* (ASQ; Horowitz et al., 2012):
  - Heb je in de afgelopen paar weken gewenst dat je dood was?
  - Heb je in de afgelopen paar weken het gevoel gehad dat jij of jouw gezin beter af zou zijn als je dood was?
  - Heb je in de afgelopen week de gedachte gehad om jezelf te doden?
  - Heb je ooit geprobeerd jezelf te doden?
- Bij twijfel: **bel 0800-0113** (zelfmoordpreventie). Deze lijn is gratis.
- Zet een **interventie** in, bijvoorbeeld:
  - Geef **psycho-educatie**.
  - Verwijs naar de **website** <https://www.jouwggd.nl/gevoel/>. Op deze website kunnen kinderen en jongeren informatie vinden over angst en depressie, en kunnen zij chatten met een jeugdarts of -verpleegkundige die hen niet kent.
  - Verwijs naar de **kindertelefoon**: 0800-0432. Deze lijn is gratis.
  - Stimuleer **fysieke inspanning** bij depressieve klachten.
  - Maak gebruik van een **gestructureerde aanpak bij schoolverzuim**.
  - Bied **geleide zelfhulp**, een **geïndiceerde preventieve interventie** (bijvoorbeeld VRIENDEN (Kösters et al. 2015)), of **kortdurende begeleiding** aan.
    - Klik [hier](#) voor andere interventies
- Blijf monitoren.
- Bij ernstige zorgen over angst of depressie: leid toe naar **gespecialiseerde zorg** en werk samen in de keten. Maak een afspraak wie de casemanager is.

(Bovenstaande stappen zijn onder andere gebaseerd op [de JGZ Richtlijn Angst](#) en de [JGZ Richtlijn Depressie](#)).

**Normtabel RCADS:** klik [hier](#)

Voor een overzicht van de verschillen tussen de RCADS-22 en de SDQ: [klik hier](#)

## Referenties

- Bodden, D., Braet, C., & Stikkelbroek, Y. (2016). *CDI-2 zelfrapportagelijst Nederlandse bewerking*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: a Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Behav Res Ther*, 38(8), 835-855. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10937431>
- Cummings, C. M., Caporino, N. E., & Kendall, P. C. (2014). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: 20 years after. *Psychol Bull*, 140(3), 816-845. <https://doi.org/10.1037/a0034733>
- De Graaf, R., Ten Have, M., & van Dorsselaer, S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Nemesi-2: Opzet en eerste resultaten*, Trimbos-Instituut, Utrecht.
- Ebesutani, C., Reise, S. P., Chorpita, B. F., Ale, C., Regan, J., Young, J., Higa-McMillan, C., & Weisz, J. R. (2012). The Revised Child Anxiety and Depression Scale-short version: scale reduction via exploratory bifactor modeling of the broad anxiety factor. *Psychol Assess*, 24(4), 833-845. <https://doi.org/10.1037/a0027283>
- Horowitz, L. M., Bridge, J. A., Teach, S. J., Ballard, E., Klima, J., Rosenstein, D. L. et al. (2012). Asq Suicide-screening Questions (ASQ): a brief instrument for the pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 166(12), 1170-1176.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children - present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36, 980-988.
- Klaufus, L., Verlinden, E., van der Wal, M., Kusters, M., Cuijpers, P., & Chinapaw, M. (2020). Psychometric evaluation of two short versions of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *BMC Psychiatry*, 20(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2444-5>
- Kösters, M., Chinapaw, M., Zwaanswijk, M., van der Wal, M., Koot, H. (2015). Indicated prevention of childhood anxiety and depression: results from a practice-based study up to 12 months after intervention. *Am J Public Health*, 105(10), 2005-2013.
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory (CDI): manual*. Toronto: Multi Health Systems Inc.
- Mokkink, L. B., de Vet, H. C. W., Prinsen, C. A. C., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., & Terwee, C. B. (2018). COSMIN risk of bias checklist for systematic reviews of patient-reported outcome measures. *Qual Life Res*, 27(5), 1171-1179. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1765-4>
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. (2010). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *J Clin Epidemiol*, 63(7), 737-745. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.02.006>
- Muris, P., Merckelbach, H., van Brakel, A., & Mayer, A. B. (1999). The revised version of the screen for child anxiety related emotional disorders (SCARED-R): further evidence for its reliability and validity. *Anxiety Stress Copin*, 12, 411-425.
- Reichart, C., Wals, M., & Hilligers, M. *Nederlandse bewerking kiddie-SADS-lifetime versie (K-SADS-PL)* (2001). AZR-Sophia/Altrecht.
- Skoczeń, I., Rogoza, R., Rogoza, M., Ebesutani, C., & Chorpita, B. (2017). Structure, reliability, measurement stability, and construct validity of the Polish version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale. *Assessment*, 1-12. <https://doi.org/10.1177/1073191117711019>
- Terwee, C. B., Bot, S. D., de Boer, M. R., van der Windt, D. A., Knol, D. L., Dekker, J., Bouter, L. M., & de Vet, H. C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *J Clin Epidemiol*, 60(1), 34-42. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2006.03.012>

# ACHTERGROND INFORMATIE RCADS-22 (6/6)

[TERUG NAAR BOVEN](#)

› **Normtabel.** Ruwe scores per 80<sup>ste</sup>, 90<sup>ste</sup> en 95<sup>ste</sup> percentiel van de RCADS-22 schalen per leeftijdsgroep en geslacht in een representatieve<sup>a</sup> Nederlandse steekproef (N = 1.319)

			RCADS-22					
			Angst			Depressie		
Leeftijd	Geslacht	N	80	90	95	80	90	95
8-12	Jongens	334	9.74	11.58	13.47	6.01	7.10	8.23
	Meisjes	335	9.41	12.27	15.33	5.38	6.75	8.26
	Totaal	669	9.55	11.79	14.33	5.64	6.95	8.24
13-18	Jongens	318	6.63	9.36	12.00	4.64	6.45	7.37
	Meisjes	332	10.31	14.17	16.44	6.81	9.08	11.33
	Totaal	650	8.65	11.89	15.50	5.88	7.69	10.07
8-18	Jongens	652	8.43	11.03	13.29	5.45	6.78	7.94
	Meisjes	667	9.83	13.00	16.13	5.92	7.93	9.80
	Totaal	1.319	9.13	11.82	15.08	5.75	7.27	8.85

<sup>a</sup> Representatief met betrekking tot leeftijd, geslacht, regio, etniciteit, grootte van het huishouden en sociale klasse.

# BIJLAGE 1. VERGELIJKING ARI CP (2-5) EN LSVG

[TERUG NAAR BOVEN](#)

	ARI CP 2-5	LSVG
<b>Doel</b>	Geeft een beeld van hoe opvoeders de gehechtheidsrelatie met hun kind ervaren	Korte observatielijst om een verstoorde gehechtheidsrelatie op te sporen
<b>Wat is het</b>	Zelfrapportage vragenlijst voor ouder/verzorgers	Observatielijst (professional kijkt samen met ouder naar kind of bespreekt gedrag kind met ouder)
	Bevat 48 uitspraken over de opvoeder-kind relatie	Omschrijft acht specifieke gedragingen van het kind in de interactie met de ouder
<b>Welke leeftijden?</b>	2 tot en met 5 jaar	1 tot en met 6 jaar
<b>Afnameduur</b>	15 minuten	15 minuten
<b>Duur verwerking uitkomst</b>	10 minuten	10 minuten
<b>Wat is de uitkomst van het instrument</b>	De ARI-CP 2-5 geeft vier schaalscores: een schaal voor veilige -, vermijdende -, ambivalente - en gedesorganiseerde gehechtheid vanuit de perceptie van de opvoeder.	De totaalscore geeft aan hoe waarschijnlijk het is dat dit kind een verstoorde gehechtheidsrelatie heeft.
<b>Wat betekent de uitkomst?</b>	Geeft een indicatie voor de mogelijke aan - of afwezigheid van specifieke gehechtheidsproblemen	Geeft een eerste aanwijzing voor de aanwezigheid van <i>ernstige</i> gehechtheidsproblemen.
<b>Meest in oog springende verschil</b>	Geeft inzicht in de perceptie van de <u>ouder</u> van de band	Geeft vooral inzicht in het gedrag van het <u>kind</u>
<b>Wat levert de uitkomst op?</b>	Levert informatie over de verschillende gehechtheidstypen (Veilig - Vermijdend - Afwerend - Gedesorganiseerde )	Alleen een aanwijzing voor ernstige gehechtheidsproblemen, geen gehechtheidsclassificatie

# BIJLAGE 2. VERGELIJKING SDQ EN RCADS-22

[TERUG NAAR BOVEN](#)

	SDQ	RCADS-22
<b>Doel</b>	geeft een globale indicatie van de aanwezigheid van psychosociale problemen bij de jeugdige	Geeft een eerste aanwijzing of een jeugdige wel of niet last heeft van angst en/of depressie
<b>Wat is het</b>	Vragenlijst voor ouder (3-10 jaar) of zelfrapportagelijst voor jongere (vanaf 11-19 jaar)	Zelfrapportage lijst voor jongeren (8-18 jaar)
	bevat 25 uitspraken over gedrag van de jeugdige	omschrijft 22 criteria van verschillende angststoornissen en depressie in de DSM-IV
<b>Welke leeftijden?</b>	3 tot en met 5 jaar	8 tot en met 18 jaar
<b>Afnameduur</b>	20-25 minuten	5-10 minuten
<b>Duur verwerking uitkomst</b>	5 minuten	5 minuten
<b>Wat is de uitkomst van het instrument</b>	Een Totale Probleemscore (hoe hoger, hoe meer psychosociale problemen) en een score op de Impactsschaal (max 2), voor de impact van de problemen op het dagelijks leven van de jongere.	De score op de Angstschaal en een score op een Depressieschaal. Hoe hoger de score, hoe meer angst- en depressie klachten.
<b>Wat betekent de uitkomst?</b>	Geeft een globaal beeld geeft van de psychosociale gezondheid van een jeugdige. De verschillende domeinen worden zeer globaal onderzocht, waardoor nader onderzoek altijd nodig is.	Geeft een eerste aanwijzing geeft of een jeugdige wel of niet last heeft van angst en/of depressie.
<b>Wat levert de uitkomst op?</b>	Signalering van globale psychosociale problemen	Signalering van angst en depressie

## 1. Theoretische achtergrond

De GIZ is ontwikkeld door GGD Hollands Midden in de context van de werkplaats *Samen*, waarin onderzoek, praktijk, beleid en onderwijs samenwerken. De GIZ kent een uniforme structuur die voldoet aan wetenschappelijke en professionele inzichten én is afgestemd op behoeften van ouders, kinderen/jongeren en professionals. De methodiek is erkend als theoretisch goed onderbouwd en is beschreven in de databanken effectieve interventies van het NJi en het Centrum Gezond Leven.

Uit onderzoek blijkt dat er sprake is van een mismatch tussen zorgbehoeften en daadwerkelijke zorg wat leidt tot onder- en overbehandeling. Het is dus van groot belang te komen tot een realistische en met cliënt gedeelde inschatting van de zorgbehoeften. De GIZ-methodiek richt zich op verbeteren van de gezamenlijke inschatting door het beïnvloeden van de kennis, vaardigheden en attitude van professionals. Via deze professionals beoogt de GIZ-methodiek de kennis van ouders en jeugdigen ten aanzien van het opgroeien van kinderen en de attitude en vaardigheden ten aanzien van het actief deel nemen aan de inschatting te versterken. De GIZ-methodiek, de bijbehorende trainingen en GIZ-coaching worden ingezet met als hoofddoel de professional de competenties en tools te bieden om deze verbeteringen tot stand te brengen.

Het bio-ecologische model (Bronfenbrenner, 1994), de Ouderschapstheorie (Van der Pas, 2006), positieve psychologie (Seligman, 2000), de Self-Determination theory (Ryan & Deci, 2000) en de Handelingsgerichte diagnostiek (Pameijer, 2011) onderbouwen de uitgangspunten van de GIZ-methodiek.

De uitgangspunten zijn:

- 1) Bespreken van zowel kind, opvoedings- als omgevingsbehoeften;
- 2) Gezamenlijk inschatten van zowel sterke kanten als zorgbehoeften;
- 3) Versterken van een empathische, vraag-, oplossingsgerichte basisattitude en gespreksvaardigheden;
- 4) Transparant en methodisch handelen.

## 2. Effectiviteit GIZ

GIZ als model voor Shared-Decision-Making (Samen Beslissen) heeft een positief effect op de samenwerking tussen cliënten en professionals.

- Opvoeding (OR = 2.61, 95% CI 1.20–5.66) en omgeving (OR = 5.57, 95% CI = 2.01–15.39) worden significant meer besproken;
- Professionals signaleren significant meer zorgen ten aanzien van opvoeding (12% vs 4%) en omgeving (11% vs 5%);
- Er is meer overeenstemming tussen ouder en professional over de ontwikkeling van het kind (OR = 1.55, 95%CI = 1.11–2.17) en gewenste vervolgstappen (54% vs 26%);
- Na het gesprek geven ouders significant aan minder zorgen te hebben (26% vs 36%);
- Ouders zijn significant meer tevreden over wat er besproken is (OR = 2.06, 95%CI = 1.26–3.56).

Deze bevindingen zijn op grond van een ZonMw effectonderzoek, uitgevoerd door LUMC en GGDHM binnen de jeugdgezondheidszorg, waarbij we twee groepen hebben vergeleken die met en zonder de GIZ werkten (Bontje, 2021).

# BIJLAGE 3. ACHTERGROND INFORMATIE GIZ (2/4) [TERUG NAAR BOVEN](#)

## 3. Doel methodiek

De GIZ (Gezamenlijk Inschatten van Zorgbehoeften) is een goed onderbouwde signalerings- en gespreksmethodiek die professionals helpt om, samen met (aanstaande) ouders, jeugdigen, en andere professionals, te bepalen hoe het gaat en wat er nodig is,

- zodat samen wordt beslist over passende ondersteuning die gezinnen versterkt.
- De totale ontwikkeling van een kind (lichamelijke, verstandelijke, emotionele, sociale en seksuele), als ook de opvoeding en gezins- en omgevingsomstandigheden staan centraal.
- Actieve deelname van ouders en jeugdigen bij dit proces.
- Samenwerking tussen professionals onderling en meer continuïteit van zorg voor gezinnen.

## 4. Doelgroep van de GIZ

GIZ getrainde artsen, jeugdverpleegkundigen, jeugdhulpprofessionals, kraamzorgmedewerkers en andere zorgverleners die zorgbehoeften in kaart brengen en samenwerken met:

- (aanstaande) ouders met kinderen van -9 maand -23 jaar, (mijn kind)
- met kinderen vanaf 8 jaar en jongeren tussen 12 en 23 jaar (mijn leven)
- en eventueel andere betrokken professionals

## 5. Copyright GIZ

Om de landelijke verspreiding van de GIZ beter te borgen, is het beheer van de GIZ overgedragen aan het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ).

De GGD Hollands Midden, ontwikkelaar en eigenaar, en de Werkplaats Samen behouden een rol bij de doorontwikkeling van en onderzoek naar de GIZ. Het NCJ

bevordert de landelijke verspreiding, implementatie en borging. Het NCJ sluit overeenkomsten met uitvoeringsinstellingen die de GIZ gebruiken. Een verplichte GIZ basis training en het aanstellen van een GIZ coördinator ondersteunen de implementatie. Adviseurs van het NCJ ondersteunen de GIZ-organisaties bij de implementatie en kwaliteitsborging van de methodiek, door o.a. advies, materialen, trainingen, intervisie, website etc.. Daarbij is aandacht voor de programma-integriteit, zodat de methodiek wordt uitgevoerd zoals bedoeld.

Zie voor meer informatie <https://www.ncj.nl/giz/>

## 6. Gebruik van de methodiek

De GIZ is goed te integreren in gesprekken waarin de zorgbehoeften in kaart worden gebracht in zowel een preventieve (JGZ-organisatie 0-18 jaar) als curatieve setting (jeugdhulp/sociale wijkteams). Door de leeftijds- en doelgroep specifieke materialen is de GIZ inzetbaar voor een brede doelgroep. Twee leeftijdsspecifieke visuele schema's met pictogrammen in de taal van cliënten vormen de basis voor een gestructureerd en motiverend gesprek.

## 6. vervolg gebruik methodiek

De GIZ kent een getrapte werkwijze met drie uitvoeringsvarianten; een signalerings-GIZ, een uitgebreide GIZ en een multidisciplinaire GIZ.

Ieder gesprek kenmerkt drie stappen:

- **Stap 1: introductie** waarin de cliënt op zijn gemak wordt gesteld en het doel en de werkwijze worden toegelicht. Partnerschap en welzijn van het kind als gezamenlijke doel staan daarin centraal.
- **Stap 2: samen analyseren.** In deze fase nodigt de professional de cliënt uit actief bij te dragen aan het identificeren van wat er goed gaat, waar vragen en waar zorgen liggen. Bij zorgen wordt gekeken naar de aard, ernst en urgentie.
- **Stap 3: conclusie van de zorgbehoeften.** In deze fase beslissen cliënt en professional samen over de doelen voor ondersteuning en wat daar voor nodig is. Past de hulpvraag bij het aanbod en de expertise van de organisatie of is een op- of afschaling gewenst?

Met de GIZ kun je de gezette ondersteuning eenvoudig monitoren en evalueren op basis van registraties in het dossier. De professional werkt vanuit een vraaggerichte en open attitude en zet motiverende en oplossingsgericht gesprekstechnieken in tijdens de gesprekken.

## 7. Aansluiting GIZ en signaleringsinstrumenten

Als professional beschik je over verschillende informatie bronnen die bijdragen aan een zo goed mogelijk beeld van de situatie: informatie van ouders, kinderen, jongeren en eventueel derden, de voorgeschiedenis in het dossier van het kind en gezin, je eigen observaties en jouw kennis en ervaring van beschermende en

risicofactoren bij kinderen en gezinnen. Dit alles draagt bij aan jouw klinisch oordeel. Informatie van cliënten kun je op verschillende manieren verkrijgen, door een vragenlijst in te laten vullen of door een gesprek te voeren.

De GIZ methodiek is een voorbeeld van een gespreksmethodiek, waarin samen met het kind en/of de ouder op een gestructureerde wijze de krachten en zorgbehoeften in kaart worden gebracht.

**Gespreksmethodieken** zijn **generalistisch** van aard en kijken naar het gehele kind in relatie tot zijn opvoeding en omgeving. De kracht ervan ligt bij het actief betrekken van ouders, kinderen en jongeren bij de brede analyse en de gezamenlijke besluitvorming.

**Signaleringsvragenlijsten** hebben betrekking op een **specifiek ontwikkelingsgebied**, bijvoorbeeld de ouder-kind relatie of angst en depressie. Ze kunnen voorafgaand aan het gesprek worden ingezet, zodat de informatie uit de vragenlijst input kan geven voor het gesprek en het klinische oordeel van de professional. Ze kunnen ook in tweede instantie worden ingezet op basis van gesignaleerde zorgbehoeften. In dat geval worden ze op indicatie ingezet.

## 8. Meerwaarde specifieke signaleringsinstrumenten

Bij het werken met de GIZ kan een vermoeden ontstaan van een bepaald probleem op een specifiek ontwikkelgebied. Bijvoorbeeld een kind laat zich niet troosten bij verdriet en je vraagt je af hoe de ouder-kind hechtingsrelatie is. Is hier sprake van een normale of een verstoorde ontwikkeling? Samen met de ouder wil je de signalen die samenhangen met de ouder-kind gehechtheidrelatie verkennen. Jouw klinisch oordeel als professional is belangrijk, maar niet voldoende.

Met het inzetten van aanvullende gevalideerde signaleringsinstrumenten wordt psychosociale problematiek eerder en beter gesignaleerd. Als een instrument gevalideerd is, betekent dit dat er onderzoek is gedaan naar de validiteit en de betrouwbaarheid: het instrument meet daadwerkelijk wat het moet meten, ook als het gebruikt wordt in verschillende situaties door verschillende personen. Door het validatieproces van de vragenlijsten, geven de totaal scores en afkappunten aanwijzingen over de aard en ernst van de psychosociale problematiek en de impact op het functioneren van kinderen en gezinnen. Op basis van deze informatie kan vervolgens de ondersteuning beter afgestemd worden op de specifieke problematiek van het kind en gezin, en gerichte verwijzing plaatsvinden.

Het samen invullen of nabespreken van signaleringsvragenlijsten kan ook een rol vervullen bij het motiveren van gezinnen voor jeugdhulp. Bij verhoogde scores worden ouders (en jeugdigen zelf) zich bewust welke specifieke gedragingen een aanwijzing geven voor een problematische ontwikkeling van hun kind.

Het werken met gevalideerde signaleringsinstrumenten kan je als jeugdprofessional ook helpen je gespreksvoering te verbeteren. Door de vragenlijsten te bestuderen verkrijg je kennis van concrete signalen van probleemgedrag. Deze kennis zal bijdragen aan verdieping van je gesprekken en gerichtere observaties, waardoor je steeds beter in staat zult zijn psychosociale problemen vroegtijdig te kunnen signaleren.

## 9. Referenties

Bontje, M.C., de Ronde, R.W., Dubbeldeman E.M, (2021), Parental engagement in preventive youth health care: Effect evaluation, *Children and Youth Services Review*, 120, 105724. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105724>  
Bontje, M.C. (2013) Van risicotaxatie naar gezamenlijk inschatten van zorgbehoefte (GIZ). Samen met ouders en jeugdigen krachten en behoeften in beeld brengen. Bontje, M. (2013). Van risicotaxatie naar gezamenlijk inschatten zorgbehoeften (GIZ). *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 91(7), 374-376.

Link naar het onderzoek naar de GIZ vanuit de [werkplaats SAMEN](#)

Link naar de ZonMw pagina over de [GIZ methodiek](#)

Link naar het TNO Rapport “[Kraamzorg op maat. Gezamenlijk Inschatten Zorgbehoeften \(GIZ\) in de kraamzorg](#)” (2021).

# BIJLAGE 4. AANBEVELINGEN VOOR IMPLEMENTATIE VAN DEZE BESLISHULP

- › Bespreek de Beslischulp signaleringsinstrumenten bij team- en staf overleggen.
- › Ga na welke signaleringsinstrumenten die in de Beslischulp aan bod komen, bekend zijn bij de medewerkers van jouw organisatie, en welke instrumenten niet bekend zijn. Inventariseer welke behoeften er zijn op gebied van signaleringsinstrumenten.
- › De implementatie van een JGZ richtlijn in een organisatie (bijv. Ouder-Kindrelatie) kan gepaard gaan met de invoering van een signaleringsinstrument die is opgenomen in deze beslischulp (bijv. de hechtingsinstrumenten LSVG, en ARI CP).
- › Betrek indien mogelijk een gedragswetenschapper, psycholoog, of orthopedagoog in dienst van de organisatie betrokken bij de invoering van een nieuw signaleringsinstrument
- › Als professionals met een specifiek instrument aan de slag willen, dan is een aanvullende training of scholing wenselijk waarbij onderstaande punten aan bod moeten komen:
  - › Hoe leg ik aan ouders/jongere uit waarom ik dit instrument ga afnemen en wat de uitkomst betekent?
  - › Bij welke signalen in de GIZ kan ik een specifiek signaleringsinstrument afnemen?
  - › Hoe bereken ik een totaalscore?
  - › Hoe interpreteer ik deze score?

## Besliahulp

De besliahulp omvat

- Een **kort** informatieblad per instrument, en een korte beschrijving van de GIZ
- Een **uitgebreider** achtergronddocument per instrument, en van de GIZ
- Informatie over de aansluiting tussen de GIZ en de signaleringsinstrumenten

### Fase 1 Opstellen eerste concept

Door de betrokken ontwikkelaars en onderzoekers van de signaleringsinstrumenten is eerst een **kort informatieblad** opgesteld, per instrument. In deze korte informatie werd antwoord gegeven op de volgende drie vragen:

1. Wanneer besluit je als professional om dit signaleringsinstrument in te zetten?
2. Hoe geef je als professional betekenis aan de uitkomsten van dit specifieke instrument?
3. Welke vervolgstappen zijn er mogelijk na inzet van dit signaleringsinstrument?

Aanvullend op deze korte informatie is eveneens per instrument een uitgebreider **achtergronddocument** geschreven over de signaleringsinstrumenten. In dit achtergronddocument worden dezelfde drie vragen – maar dan uitgebreider – beantwoord.

Tenslotte is door de eigenaren van de gespreksmethodieken een beknopte beschrijving gemaakt van die methodiek en hoe beide methodieken aansluiten bij de specifieke signaleringsinstrumenten.

### Fase 2 Focusgroep interviews

Er zijn drie focusgroepen georganiseerd met telkens zes praktijkprofessionals, die vooral de conceptversie van de Besliahulp hebben toegestuurd gekregen.

De focusgroep interviews waren als volgt onderverdeeld:

1. Signaleringsinstrumenten voor jonge kinderen (0-5 jaar) (LSVG en ARI-CP 2-5) binnen de GIZ;
2. Signaleringsinstrumenten voor jonge kinderen (0-5 jaar) (LSVG en ARI-CP 2-5, SDQ) binnen de SPARK (dit is een andere gespreksmethodiek, vergelijkbaar met de GIZ, zie [www.sparkmethode.nl](http://www.sparkmethode.nl));
3. Signaleringsinstrumenten voor basisschoolkinderen en adolescenten (SDQ en RCADS-22) binnen de GIZ.

Aan de praktijkprofessionals is gevraagd om vanuit hun ervaringskennis feedback te geven op de conceptversie van de besliahulp, o.a. welke aanpassingen en aanvullingen er nodig zijn. De besliahulp is vervolgens aangepast op basis van deze opmerkingen en suggesties

### Fase 3 Bijstellen en definitieve versie

De concept eindproducten zijn per email nogmaals voorgelegd aan de 18 praktijkprofessionals die deelgenomen hebben aan de focusgroep interviews. De eindproducten zijn opnieuw n.a.v. de ontvangen feedback aangepast door de projectgroep.