

JGZ-richtlijn Pesten



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid



Auteurs:

Minne Fekkes (TNO)
Helma B.M. van Gameren-Oosterom (TNO)
Kitty Rosenbrand (CBO)
Hans J.A. de Beer (CBO)
Mascha Kamphuis (TNO)

Maart 2014

Een publicatie van het
Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ)
Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

©Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, Utrecht, 2014

Aan de totstandkoming van deze uitgave is de uiterste zorg besteed. Voor informatie die nochtans onvolledig of onjuist is opgenomen aanvaarden redactie, auteurs en het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid geen aansprakelijkheid. Voor eventuele verbeteringen van de opgenomen gegevens houden zij zich gaarne aanbevolen.

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de of krachtens de in de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets van deze uitgave worden veeleenvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere wijze, zonder schriftelijke toestemming van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Alleen organisaties die jeugdgezondheidszorg uitvoeren in opdracht van de gemeente mogen deze uitgave ongewijzigd verspreiden onder hun eigen medewerkers, hetzij in geprinte vorm, hetzij digitaal.

Voor zover het maken van reprografische veeleenvoudingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16b en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijke verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht (www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van gedeelten van deze uitgave in lezingen, readers en andere werken dient men zich tot het NCJ te wenden.

Gefinancierd door ZonMw



Inhoud

| | |
|--|----|
| Leeswijzer | 4 |
| 1. Inleiding..... | 4 |
| 2. Definitie en aspecten van pesten | 6 |
| 3. Gevolgen van pesten | 10 |
| 4. Risicofactoren voor pesten | 14 |
| 5. Signalering van pesten..... | 19 |
| 6. Pesten bij 0- tot 4-jarigen | 23 |
| 7. Effectiviteit van school- en klasprogramma's ter preventie van pesten | 25 |
| 8. Effectiviteit van programma's voor individuele hulp aan gepesten en pesters | 30 |
| 9. Taken in de jeugdgezondheidszorg: preventie, signalering en aanpak van pesten | 36 |
| 10. Stroomschema voor de JGZ | 41 |
| 11. Lijst met afkortingen..... | 42 |
| Bijlage A Totstandkoming van de richtlijn | 43 |
| Bijlage B Zoekstrategie en evidentietabellen | 45 |
| Bijlage C Bronnen voor informatie | 47 |
| Bijlage D Referenties | 49 |

Leeswijzer

Deze JGZ-richtlijn 'Pesten' bestaat uit 3 delen: een boek met achtergrondinformatie, een samenvatting en een samenvattingskaart. De samenvatting en kaart zijn voor de dagelijkse praktijk om te lezen en te kennen.

Dit boek met achtergrondinformatie bevat de onderbouwing van de advisering voor de dagelijkse zorg in de JGZ en dient als naslagwerk.

Hoofdstuk 1: geeft achtergrondinformatie over de totstandkoming van de richtlijn.

Hoofdstukken 2 tot en met 5: behandelen uitgangsvragen over kenmerken van pesten: definitie en aspecten, gevolgen, risicofactoren en signalering.

Hoofdstuk 6: beschrijft het voorkomen van pesten op de leeftijd van 0 tot 4 jaar.

Hoofdstukken 7 en 8: beschrijven de mogelijke interventies op het gebied van pesten, zowel voor preventie als curatief. Hoofdstuk 7 richt zich op de collectieve aanpak en hoofdstuk 8 op individuele zorg.

Hoofdstuk 9: beschrijft de taken in de zorg, onder andere gericht op samenwerking met de ketenpartners.

Hoofdstuk 10: bevat het stroomschema dat een overzicht geeft van de verschillende stappen van zorg rondom pesten in de JGZ.

De hoofdstukken 2 t/m 8 zijn volgens een vast stramien opgebouwd: Inleiding; Uitgangsvragen; Samenvatting van de literatuur; Conclusies met niveau van de conclusies; Overige overwegingen; Aanbevelingen. Het doel hiervan is om de richtlijn transparant te laten zijn, zodat elke gebruiker kan zien op welke literatuur en overwegingen bepaalde aanbevelingen zijn gebaseerd.

1. Inleiding

1.1 Aanleiding

Pesten komt veel voor bij kinderen. Uit onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van de kinderen soms of regelmatig gepest wordt (Analitis et al., 2009; Fekkes, Pijpers & Verloove-Vanhorick, 2005). Pesten staat echter niet op zichzelf, maar hangt samen met een groot aantal gezondheidsklachten en een laag zelfvertrouwen. Veel gezondheidsklachten volgen op een periode van gepest worden. Kinderen die langdurig worden gepest, lopen grote kans om depressieve of emotionele problemen te ontwikkelen, maar ook lichamelijke klachten. Daarnaast lopen kinderen met sommige specifieke klachten, zoals depressieve of angstige gevoelens, een veel grotere kans om gepest te worden (Fekkes, Pijpers, Fredriks, Vogels & Verloove-Vanhorick, 2006). Vroegtijdige opsporing, ondersteuning vanuit de JGZ en effectieve verwijzing zijn hierbij dan ook geboden en kunnen mogelijk latere gezondheidsproblematiek voorkomen.

Pesten komt vooral voor bij kinderen en jongeren tussen de 4 en 19 jaar. Aan pesten gerelateerde problematiek op het gebied van agressie speelt een rol bij 0- tot 4-jarigen. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft verschillende contactmomenten die in de leeftijdsperiode vallen dat kinderen veel gepest worden. Gedurende de contactmomenten – maar juist ook buiten deze contactmomenten – kan de JGZ een belangrijke rol vervullen in preventie en opsporing van pesten en ondersteuning, (door)verwijzing en nazorg bij pesten. Er is op dit moment echter geen uniform beleid voor zowel gepesten als pesters en geen goed zicht op de effectiviteit van het hulpaanbod waar de JGZ naar door kan verwijzen. Deze richtlijn biedt op transparante wijze uniforme aanbevelingen rondom pesten.

1.2 Doelstelling

Deze JGZ-richtlijn Pesten heeft tot doel handvatten te bieden voor zorgprofessionals en zorggebruikers voor betere, uniforme adviezen en hulp aan ouders en kinderen. Dit richt zich op het voorkomen (collectieve en individuele preventie), signaleren en oplossen van pestproblematiek.

Het is primair een richtlijn voor de medewerkers van de JGZ: jeugdartsen, -verpleegkundigen en doktersassistenten. De richtlijn verschaft echter niet alleen duidelijkheid voor de JGZ, maar ook voor haar samenwerkingspartners en leerlingen en ouders.

1.3 Afbakening cliëntengroep en beoogde gebruikers van de richtlijn

De richtlijn is gericht op de preventie, signalering, behandeling, begeleiding en verwijzing bij kinderen die pesten of gepest worden. Hoewel de richtlijn tot stand is gekomen na overleg met verschillende experts van binnen én buiten de JGZ, is het een richtlijn voor de JGZ voor de leeftijdsgroep 0-19 jaar. Verschillende onderdelen kunnen echter ook uitgevoerd worden door andere disciplines, zoals huisarts, praktijkverpleegkundige, kinderarts, kinderverpleegkundige, psycholoog, pedagoog, (school)maatschappelijk werk, schoolbegeleidingsdiensten, zorgadviesteams (ZAT's), jeugdhulp en onderwijzers. Met name de preventie en signalering met bijbehorende verwijzing zijn taken van de JGZ, de overige taken (behandeling en begeleiding) worden op vraag en op indicatie door de JGZ gedaan. Dit kan overigens met de invoering van de Jeugdwet per 1 januari 2015 per gemeente anders ingevuld gaan worden. Het gehele JGZ-team heeft een taak bij de preventie, signalering, diagnostiek, begeleiding, behandeling en zo nodig verwijzing van kinderen die pesten of gepest worden.

De JGZ speelt onafhankelijk van hoe de zorg voor jeugd in een gemeente wordt ingevuld (via het CJG, wijkteams of in andere vormen) altijd een belangrijke rol in de ketenzorg. Verschillende stappen die hierbij belangrijk zijn, zijn vastgelegd in deze richtlijn.

1.4 Afbakening van het onderwerp

De huidige richtlijn gaat over pesten bij kinderen in de leeftijd van 0 tot 19 jaar. De volgende onderwerpen vallen buiten deze richtlijn:

- Pesten en gerelateerde agressie op jonge leeftijd (kinderen tot 4 jaar) komt in deze richtlijn ook aan de orde, maar het beleid bij deze jonge kinderen is gericht op preventie van pesten met behulp van opvoedondersteuning. Voor de interventies wordt daarom verwezen naar de JGZ-richtlijn Opvoedingsondersteuning (2014).
- Het onderwerp pesten van leerkrachten valt buiten het kader van deze richtlijn.
- Sommige vormen van pesten tussen jongeren zijn dermate excessief (strafbaar/crimineel), bijvoorbeeld ernstig lichamelijk geweld of vernieling, dat een externe instantie (zoals Bureau Halt of de politie) ingeschakeld moet worden. Deze strafbare/criminele vorm van pesten valt buiten het kader van de richtlijn.

1.5 Totstandkoming

Voor de werkwijze, uitgangsvragen, wetenschappelijke bewijsvoering, commentaarfase en autorisatie wordt verwezen naar bijlage A. Ook de samenstelling van de kernredactie en werkgroep alsmede belangenverstrengelingen van de leden staan in bijlage A. In bijlage B wordt de zoekstrategie beschreven per onderwerp en worden de tabellen voor de indeling van bewijslast weergegeven.

1.6 Indicatoren en implementatie

Door de kernredactie zijn in samenwerking met de relevante beroepsgroepen indicatoren opgesteld om de toepassing en de effecten van de richtlijn te kunnen monitoren.

In verschillende fasen van de richtlijnontwikkeling is geprobeerd rekening te houden met de implementatie van de richtlijn. Daarbij werd expliciet gelet op factoren die de invoering van de richtlijn in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan de multidisciplinaire samenstelling van de kernredactie en de adviesgroep en het uitvoeren van de knelpuntenanalyse. Op deze manier is een richtlijn ontwikkeld die antwoord geeft op vragen die in het veld leven. Ook de ontwikkeling van indicatoren draagt bij aan de implementatie van de richtlijn.

1.7 Juridische betekenis van richtlijnen

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar op wetenschappelijke 'evidence' gebaseerde inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Aangezien deze aanbevelingen hoofdzakelijk gebaseerd zijn op de 'gemiddelde cliënt/patiënt', kunnen zorgverleners op basis van hun professionele autonomie zo nodig afwijken van de richtlijn. Afwijken van richtlijnen kan in bepaalde

situaties zelfs noodzakelijk zijn. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.

1.8. Herziening

De richtlijnen zijn van de beroepsgroepen AJN, V&VN en NDVA. Hierbij ondersteunt het NCJ met landelijke regie op ontwikkeling, implementatie en borging van richtlijnen. In principe heeft de richtlijn een geldigheidsduur van vijf jaar. Uiterlijk in 2019 wordt bepaald of actualisering noodzakelijk is. De geldigheid van deze richtlijn verloopt eerder indien resultaten uit wetenschappelijk onderzoek of nieuwe ontwikkelingen een eerdere aanpassing vereisen.

2. Definitie en aspecten van pesten

2.1 Uitgangsvragen

- a. Welke definitie van pesten bij kinderen van 0 tot 19 jaar kinderen wordt in de richtlijn gehanteerd?
- b. Wat zijn de vormen van pesten (individueel vs. groep, cyberpesten, etc.)?
- c. Wat is het verloop van pestgedrag in de tijd en per leeftijd?

2.2 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt besproken wat onder pesten verstaan wordt en wat de verschillende vormen en aspecten van pesten zijn. Daarnaast wordt de prevalentie van pesten uiteengezet, met een focus op de verschillen in pestgedrag in de tijd en per leeftijd.

2.3 Samenvatting van de literatuur

2.3.1 Definitie en vormen van pesten

Pesten is een vorm van agressief gedrag. Het feit dat sommige kinderen frequent en systematisch worden beledigd door andere kinderen of het doelwit van hun agressie zijn, is veel beschreven en veel volwassenen kennen persoonlijke ervaringen uit hun kindertijd. Toch is pas in 1970 voor het eerst een definitie van pesten beschreven, door Olweus (Olweus, 1994).

Definitie van Olweus:

'A student is being bullied or victimized when he or she is exposed, repeatedly and over time, to negative actions on the part of one or more other students, and there should be an imbalance in strength (an asymmetric power relationship).

It is a negative action when someone intentionally inflicts, or attempts to inflict, injury or discomfort upon another.'

Een kind/jongere wordt gepest als hij of zij wordt blootgesteld, herhaaldelijk en voortdurend, aan negatieve acties door een of meerdere andere kinderen/jongeren uitgevoerd, waarbij er sprake moet zijn van een ongelijke balans in sterkte (een asymmetrische machtsverhouding).

Het is een negatieve actie als iemand opzettelijk letsel of ongerief aanbrengt of probeert aan te brengen bij de ander.

Een meer recente formulering van deze definitie luidt:

Kinderen worden gepest als ze door een of meer leeftijdsgenoten bewust en stelselmatig worden beschadigd door negatieve acties waarbij de macht ongelijk verdeeld is en het slachtoffer zich meestal niet kan verdedigen.

Negatieve acties kunnen bestaan uit fysiek contact of woorden zijn, maar behelzen ook het maken van obscene gebaren, roddelen of het bewust buiten de groep sluiten. Het verschil in macht betekent dat het kind dat gepest wordt zich niet goed kan verweren en enigszins hulpeloos is ten opzichte van de pester (Olweus, 1994). Het gaat bij pesten dus om drie aspecten:

1. Het is agressief gedrag of opzettelijk kwaad doen.

2. Het gebeurt herhaaldelijk en voortdurend.

3. Het gebeurt binnen een interpersoonlijke relatie, waarbij er sprake is van ongelijke macht.

Als vierde wordt vaak toegevoegd: pesten gebeurt meestal zonder voorafgaande provocatie.

Veel kinderen zijn niet actief betrokken bij pesten, maar zijn wel getuige van pestgedrag en hun reactie daarop is bepalend voor wat er gebeurt. Zij handelen zodanig dat pesten in stand wordt gehouden en niet wordt ontmoedigd. De volgende rollen van kinderen bij pesten worden beschreven (Salmivalli, 1999):

- Leidende pesters (initiëren het pesten).
- Assisterende pesters (pesten mee).
- Bekrachtigers van het pesten (bekrachtigen door lachen, aanzetten tot pesten of gewoon door publiek te zijn).
- Buitenstaanders (doen niet mee met het pesten, maar zien het aan en keuren het stilzwijgend goed).
- Verdedigers van de gepeste persoon (komen op voor de gepeste en proberen het pesten te stoppen).

De status en waardering die pesters krijgen binnen het groepsproces kunnen het pesten in stand houden. Deze rollen kunnen daarom ook onderdeel zijn van de oplossing voor pesten, door het stimuleren van minder buitenstaanders en meer versterkers (Kärnä et al., 2010; Huitsing et al., 2012a).

Twee vormen van pesten worden in de literatuur onderscheiden (Olweus, 1994):

1. Direct pesten (ook wel fysiek en verbaal pesten genoemd). Dit zijn openlijke aanvallen op het slachtoffer, zoals:

- slaan;
- schoppen;
- uitschelden;
- obscene gebaren maken;
- seksueel getinte opmerkingen roepen;
- discriminerende opmerking maken;
- eigendommen afpakken of kwijt maken;
- beschadigen van eigendommen;
- uitlachen;
- fysieke intimidatie (dreigen met geweld);
- verbale intimidatie;
- 'grapjes' met het slachtoffer uithalen.

2. Indirect pesten (ook wel relationeel of emotioneel pesten genoemd). Dit zijn aanvallen in de vorm van sociale isolatie, zoals:

- bewust buiten de groep sluiten;
- roddelen;
- wegstaren;
- negeren;
- persoon voor schut zetten of beledigen;
- persoon in de klas voortdurend afleiden (soms reageert het slachtoffer en krijgt daarvoor straf, tot vermaak van de daders);
- afpersing (slachtoffer moet geld of goederen geven of klusjes doen);
- voortdurend kritiek uitoefenen.

Cyberpesten/digipesten (digitaal pesten) wordt als aparte vorm beschouwd (Kiriakidis & Kavoura, 2010).

Cyberpesten gebeurt via de computer of de (mobiele) telefoon, zoals:

- negatieve berichten rondsturen over een persoon, per sms of e-mail;
- seksueel getinte berichten of plaatjes sturen;
- opbellen en lastig vallen;
- kwetsende of bedreigende e-mails sturen;
- bedreigingen of lastig vallen via chatprogramma's;
- beledigende pagina's met foto's, video's of persoonlijke gegevens van het slachtoffer op internet plaatsen (bijvoorbeeld op YouTube);

- op een forum of vrij bewerkbare pagina's (zoals Wikipedia) beledigende of bedreigende informatie plaatsen.

Van cyberpesten zijn verschillende definities beschreven. In 2004 zijn de eerste internationale wetenschappelijke artikelen over cyberpesten verschenen. Kiriakidis stelde in zijn review op basis van de definities in de geïnccludeerde artikelen de volgende definitie op (Kiriakidis & Kavoura, 2010):

Cyberbullying is the exposure, repeatedly and over time, to negative actions on the part of one or more other individuals. Negative actions are defined as: when someone intentionally inflicts, or attempts to inflict, injury or discomfort upon another through the medium of electronic text.

Cyberpesten is de blootstelling, herhaaldelijk en voortdurend, aan negatieve acties door een of meerdere andere personen. Negatieve acties worden gedefinieerd als: wanneer iemand opzettelijk letsel of ongerief aanbrengt of probeert aan te brengen bij de ander door middel van elektronische tekst of beeld.

Cyberpesten verschilt van traditioneel pesten. Het is vaak anoniem en de cyberpesters zien de emotionele reactie van het slachtoffer niet. Anonieme cyberpesters zijn moeilijk te identificeren en daardoor is de kans op straf voor hen klein, waardoor ze mogelijk meer en heftiger pesten. Bijna de helft van de cyberslachtoffers weet niet wie de pester is. Daarbij komt dat er weinig supervisie is op de elektronische communicatie, met name bij sms-/tekstberichten. En al is er goede supervisie, dan is het moeilijk om pesten te signaleren. Cyberpesten kan de hele dag doorgaan, ook bij het slachtoffer thuis, terwijl traditioneel pesten vaak (maar niet uitsluitend) gebonden is aan school (Kiriakidis & Kavoura, 2010). Het is belangrijk hier te vermelden dat cyberpesten een sterke overlap in prevalentie vertoont met traditioneel pesten (Salmivalli, 2011). Cyberpesten staat niet op zichzelf. Cyberslachtoffers zijn bijna altijd in de klas ook slachtoffer op een traditionele manier. Vaak ook van dezelfde leerlingen, omdat leerlingen op internet naar sites gaan, zoals Facebook of Twitter, of via een groep binnen WhatsApp, waar ze hun eigen pesters weer tegenkomen. De oplossing voor cyberpesten is dan ook vaak dezelfde als die voor traditioneel pesten.

2.3.2 Prevalentie van pesten

Een substantieel deel van de schoolgaande kinderen wordt gepest of pest zelf. Cijfers over de prevalentie van pesten lopen uiteen, doordat de gebruikte definities verschillen, de studieopzet wisselt en de gehanteerde meetinstrumenten niet overeenstemmen in de uitgevoerde studies. In Nederland komt uit verschillende studies naar voren dat 16 tot 27% van de kinderen wordt gepest (Analitis et al., 2009; Fekkes et al., 2005). Een internationale cohortstudie in 11 Europese landen toont dat gemiddeld 20,6% van de kinderen van 8 tot 18 jaar last heeft van pesten. Dit percentage is onder de 1850 Nederlandse kinderen significant meer: 26,6% (OR 1,68 [1,38-2,01]) (Analitis et al., 2009). Fekkes toonde in zijn onderzoek onder 2766 Nederlandse kinderen in de leeftijd van 9 tot 11 jaar dat 16,2% regelmatig (een paar keer per maand of meer) werd gepest (Fekkes et al., 2005). Enkele studies hebben gekeken of de prevalentie door de jaren heen verschilt. In een Scandinavische studie werd onder kinderen van 2 tot 17 jaar een kleine stijging van de prevalentie van pesten geobserveerd, van 13,7% in 1984 naar 16,4% in 1996 (Nordhagen, Nielsen, Stigum & Kohler, 2005). Santalahti vond onder 8-jarige Finse kinderen echter een daling van het aantal kinderen dat pest of gepest werd in 1999 en opzichte van 1989 (Santalahti et al., 2008). Een deel van de kinderen pest én wordt gepest. Nansel observeerde onder 15.686 kinderen in de VS dat 29,9% betrokken was bij pesten: 13,0% als pester, 10,6% als gepeste en 6,3% als zowel pester als gepeste (Nansel et al., 2001).

2.3.3 Verschil in pestgedrag per leeftijd en per geslacht

De prevalentie van pesten neemt gedurende de basisschoolleeftijd toe, heeft een piek op de leeftijd van 8 tot 11 jaar en neemt vervolgens weer af gedurende de middelbareschoolleeftijd (Carlyle & Steinman, 2007; Finkelhor, Ormrod & Turner, 2009; Frisen, Holmqvist & Oscarsson, 2008).

Een cohortstudie in Nederland toonde de volgende prevalenties van pesten voor afzonderlijke leeftijdsgroepen: in de leeftijd van 8 tot 11 jaar werd 30,9% gepest, op 12- tot 15-jarige leeftijd 24,7% en op 16- tot 18-jarige leeftijd 22,4% (Analitis et al., 2009).

Finkelhor onderzocht onder 2030 kinderen uit de Verenigde Staten in de leeftijd van 2 tot 17 jaar het voorkomen van pesten. Hij toonde aan dat pesten niet continu met de leeftijd toeneemt. Fysiek pesten kwam het meeste voor in de leeftijdsgroep van 6 tot 9 jaar. Emotioneel pesten bereikt ook in de leeftijdsgroep van 6 tot 9 jaar het hoogste aantal, maar blijft even hoog in de leeftijd van 10 tot 13 jaar en neemt daarna af in de leeftijd van 14 tot 17 jaar. Wel werd opgemerkt dat het herkennen van pesten niet op alle leeftijden gelijk werd onderzocht en zelfgerapporteerd of oudergerapporteerd is, waardoor de resultaten beïnvloed kunnen zijn

(Finkelhor et al., 2009). Onderzoek van Nansel bevestigt het patroon naar leeftijd (Nansel et al., 2001). Olweus liet ook zien dat op de leeftijd van 8 tot 10 jaar meer kinderen gepest worden. Echter dit verschil wordt niet gezien bij de pesters, omdat oudere kinderen geregeld jongere kinderen pesten (Olweus, 1994).

In meerdere onderzoeken is aangetoond dat meer jongens dan meisjes pesten of worden gepest, vooral op jonge leeftijd. Direct (fysiek) pesten komt meer voor bij jongens, indirect pesten door roddelen en het manipuleren van vriendschappen (o.a. buitensluiten of vriendinnen afpakken) komt even vaak voor bij jongens als bij meisjes (Card et al., 2008).

Als aan kinderen/jongeren in de leeftijd van 8 tot 18 jaar wordt gevraagd naar de definitie van pesten, rapporteren jongere kinderen vaker direct pesten. Indirect pesten wordt meer door oudere kinderen en meisjes genoemd (Vaillancourt et al., 2008). Pesten bij 0- tot 4-jarigen wordt beschreven in hoofdstuk 6.

2.4 Conclusies

| Niveau | Conclusie | Literatuur |
|--------|---|---|
| 4 | De volgende vormen van pesten worden onderscheiden: direct pesten (fysiek/verbaal), indirect pesten (relationeel) en cyberpesten (digitaal). | <i>D. Ontwikkelaars richtlijn</i> |
| 2 | Het is aannemelijk dat in Nederland ongeveer 16 tot 27% van de kinderen wordt gepest. | <i>B. Analitis, 2009</i> <i>B. Fekkes, 2005</i> |
| 2 | Het is aannemelijk dat pesten het meest voorkomt op de leeftijd van 8 tot 11 jaar. In de leeftijd van 5 tot 7 en van 12 tot 19 komt pesten ook voor, maar minder vaak. | <i>B. Analitis, 2009</i> <i>C. Finkelhor, 2009</i> <i>B. Nansel, 2001</i> <i>C/D. Olweus, 1994</i> |
| 2 | Er zijn geen duidelijke aanwijzingen dat pesten in de samenleving toe- of afneemt. De prevalentie van pesten verschilt per studie, land en jaar. | <i>B. Nordhagen, 2005</i> <i>B. Santalahti, 2008</i> <i>B. Analitis, 2009</i> |
| 2 | Het is aannemelijk dat direct pesten (fysiek en verbaal) meer voorkomt bij jongens en indirect pesten door roddelen of het manipuleren van vriendschappen evenveel bij jongens als bij meisjes. | <i>B. Card, 2008</i> |

2.5 Overige overwegingen

- Pesten kan gebeuren door één persoon of door een groep. Ook het doelwit kan één persoon of een groep zijn. Op school is het slachtoffer vaak één persoon, die door twee of drie personen gepest wordt.
- Pesten kan ook discriminerend van aard zijn, gericht op kinderen met een andere culturele achtergrond. Daarnaast kunnen de specifieke normen en waarden van etnische groepen een rol spelen, bijvoorbeeld doordat gehoorzaamheid, gezag en roddelen meer prominent zijn dan in de Nederlandse cultuur. De invloed van cultuur verdient extra aandacht vanuit de JGZ.
- Pesten komt in milde tot ernstige vormen voor. In studies wordt de frequentie vaak onderverdeeld in: nooit, slechts één of twee keer, twee of drie keer per maand, één keer per week en meerdere keren per week, waarbij de duur niet wordt vermeld.
- Sommige vormen van pesten zijn dermate excessief (strafbaar/crimineel), bijvoorbeeld ernstig lichamelijk geweld of vernieling, dat moet worden overwogen om externe instanties (zoals Bureau Halt of de politie) in te schakelen.
- Pesten komt veel voor op de leeftijd van 8 tot 11 jaar. Het is daarom wenselijk dat er in deze leeftijdsfase structureel contactmomenten zijn van de JGZ om bij deze leeftijdsgroep extra alert te kunnen zijn op het signaleren van pesten. Bij voorkeur aan het begin van deze periode, dus rond het 8e jaar, zodat vroegtijdig kan worden ingegrepen als de groepsrollen nog niet vast liggen.
- Salmivalli beschrijft de rollen van kinderen bij pesten (zie 2.3.1). De expertgroep vult hier op aan dat er ook kinderen zijn die niet meedoen aan het pesten, maar het ook niet stilzwijgend goedkeuren. Dit zijn bijvoorbeeld kinderen die niets durven te doen, niet bij machte zijn iets te doen of niet doorhebben dat er gepest wordt.
- Op basis van de literatuur en aanvullingen van experts zijn de ontwikkelaars van deze richtlijn gekomen tot een definitie van pesten, die gehanteerd wordt in de richtlijn.

Definitie van pesten:

Kinderen worden gepest als ze door een of meer leeftijdsgenoten bewust en stelselmatig worden beschadigd door negatieve acties waarbij de macht ongelijk verdeeld is en het slachtoffer zich meestal niet kan verdedigen.

Het is een negatieve actie als iemand opzettelijk letsel of ongerief aanbrengt of probeert aan te brengen bij de ander. Deze acties kunnen direct (verbaal of fysiek), indirect (relationeel/emotioneel) of digitaal (via computer of telefoon) zijn.

- Op basis van expertopinie en de in de internationale literatuur gangbare definitie is bepaald dat in deze richtlijn wordt aangehouden dat pesten aandacht behoeft vanuit de JGZ indien:
 - het pesten niet incidenteel is en het leidt tot disfunctioneren of verminderd welzijn bij het kind;
 - het kind aangeeft dat het pesten een probleem is;
- en/of:
- er een onveilig klimaat ontstaat voor de hele groep.

2.6 Aanbevelingen

1 Het JGZ-team hanteert de bovengenoemde definitie van pesten, kent de verschillende aspecten en vormen van pesten en weet dat pesten het meest frequent voorkomt op de leeftijd van 8 tot 11 jaar.

2 In de leeftijdsfase dat pesten het meeste voorkomt, tussen de 8 en 11 jaar, heeft de JGZ in een structureel contact met de kinderen extra aandacht voor de signalering van pesten. Bij voorkeur aan het begin van deze periode, dus rond het 8e jaar, zodat vroegtijdig kan worden ingegrepen als de groepsrollen nog niet vastliggen.

3 De JGZ dient voor de jongere leeftijdsgroepen in overleg met de school te bepalen wat de beste aanpak voor signalering is. Dit kan ook door middel van vragenlijsten, waarbij dan meerdere items over pestgedrag en risicofactoren dienen te worden opgenomen.

4 Meer onderzoek is nodig naar cyberpesten om preventie, signalering en begeleiding van cyberpesten door de JGZ beter mogelijk te maken.

3. Gevolgen van pesten

3.1 Uitgangsvragen

- a. Tot welke lichamelijke, emotionele en sociale/maatschappelijke klachten/gevolgen leiden pesten en gepest worden op korte en lange termijn?
- b. Verschillen de gevolgen per leeftijdsgroep?

3.2 Inleiding

Om pesten te kunnen opsporen is het van belang om de belangrijkste lichamelijke, emotionele en sociale gevolgen te kennen. Daarnaast kan kennis over de korte- en langetermijngevolgen van belang zijn bij het adviseren, doorverwijzen en motiveren van ouders en kinderen die betrokken zijn bij pestgedrag. In dit hoofdstuk worden de gevolgen van pesten beschreven die in de literatuur naar voren komen of die bekend zijn bij de experts. Vervolgens worden ze beoordeeld op hun bruikbaarheid in de JGZ.

Daarnaast wordt gekeken of er specifieke gevolgen bekend zijn voor verschillende leeftijdsgroepen.

3.3 Samenvatting van de literatuur

3.3.1. Gevolgen van gepest worden

Angst en depressie

Reijntjes beschrijft in een review van 18 onderzoeken de relatie tussen internaliserende problemen (o.a. angst, depressie) en pesten (Reijntjes, Kamphuis, Prinzie & Telch, 2010). Deze review richt zich specifiek op

longitudinale onderzoeken zodat er een betere interpretatie kan worden gegeven aan de richting van de causale verbanden, namelijk of internaliserende problemen voorafgaan aan pesten of dat internaliserende problemen een gevolg zijn van pesten. In de meta-analyse van de resultaten worden de gegevens van 13.978 jongeren betrokken. De resultaten van de verschillende onderzoeken laten zien dat kinderen die gepest worden een grotere kans hebben op de ontwikkeling van internaliserende problemen zoals depressie, angst en teruggetrokkenheid. Een retrospectief onderzoek van Lund laat zien dat er een associatie is tussen depressie op latere leeftijd (31-50 jaar) en gepest worden tijdens de jeugd (Lund et al., 2009).

Psychosomatische klachten

In een meta-analyse van 11 verschillende onderzoeken naar de associatie van pestgedrag en psychosomatische klachten van Gini komt naar voren dat kinderen die gepest worden en kinderen die zowel pesten als gepest worden veel vaker last hebben van psychosomatische klachten zoals hoofdpijn, buikpijn, bedplassen, rugpijn, slechte eetlust en slaapproblemen (Gini & Pozzoli, 2009). De meeste onderzoeken in deze meta-analyse zijn crosssectioneel en geven aan dat er een associatie is tussen gepest worden en psychosomatische klachten. Een van de aangehaalde onderzoeken van Fekkes betreft een prospectief cohortonderzoek. De resultaten van deze studie laten zien dat kinderen die aan het begin van het schooljaar werden gepest een veel grotere kans hadden op de ontwikkeling van een groot scala aan psychosomatische klachten aan het eind van het schooljaar (Fekkes et al., 2006).

Suicidegedachten en suïcidepogingen

In een review van 31 crosssectionele en longitudinale studies onderzoekt Brunstein de relatie tussen pesten en suïcide (Brunstein, Klomek, Sourander & Gould, 2010). Uit de meeste studies komt een duidelijke associatie naar voren tussen pestgedrag en suïcidegedachten en suïcidepogingen. Uit de resultaten van een van de aangehaalde longitudinale onderzoeken komt naar voren dat kinderen – met name meisjes – die gepest worden een grotere kans lopen om later zelfmoordgedachten te ontwikkelen en een grotere kans lopen om een zelfmoordpoging te doen, dan wel zelfmoord te plegen (Klomek et al., 2009). Voor jongens die gepest worden en die zelf ook pesten, is er ook een positieve associatie met latere zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen. Deze associatie wordt bij jongens echter verklaard door andere gedragsproblemen en depressie ten tijde van het pesten.

Zelfvertrouwen

In een longitudinaal onderzoek van Overbeek onder Nederlandse adolescenten kwam naar voren dat bij kinderen die worden gepest het zelfvertrouwen daalt in de daaropvolgende periode van 12 maanden (Overbeek, Zeevalkink, Vermulst & Scholte, 2010).

Schoolbeleving, schoolverzuim en schoolprestaties

Uit een longitudinaal onderzoek van Boulton kwam naar voren dat 11-jarige kinderen die werden gepest minder plezier in school hadden in vergelijking met kinderen die niet werden gepest (Boulton, Chau, Whitehand, Mataya & Urray, 2009). Voor 9-jarige kinderen was er geen verschil in schoolbeleving. Uit dit onderzoek kwam verder naar voren dat zowel 9- als 11-jarige kinderen die werden gepest minder plezier in de pauzes hadden in vergelijking met niet-gepeste kinderen.

In een longitudinaal onderzoek van Buhs kwam naar voren dat kinderen die worden gepest in de daaropvolgende periode eerder geneigd zijn tot schoolverzuim (Buhs, Ladd, & Herald, 2006). In een prospectief onderzoek van Schwartz kwam naar voren dat kinderen die vaak werden gepest gedurende diezelfde periode slechtere schoolprestaties hadden en ook een jaar later slechter presteerden op school (Schwartz, Gorman, Nakamoto & Toblin, 2005). In een meta-analyse van Nakamoto werd geconcludeerd dat gepest worden een klein maar negatief effect heeft op de schoolprestaties (Nakamoto & Schwartz, 2010).

3.3.2 Gevolgen en langetermijnassociaties bij pesters

Psychopathologie

In een longitudinaal onderzoek van Sourander onder jonge mannen kwam naar voren dat jongens die op 8-jarige leeftijd pesten, als jongvolwassenen een grotere kans hebben op een antisociale persoonlijkheidsstoornis (Sourander et al., 2007). Jongens die op 8-jarige leeftijd zowel pesten en gepest worden, hebben als jongvolwassenen een grotere kans op een angststoornis.

Psychosomatische klachten

In een meta-analyse van 11 verschillende onderzoeken naar de associatie van pestgedrag en psychosomatische klachten van Gini komt naar voren dat kinderen die pesten en kinderen die zowel pesten als gepest worden vaker last hebben van psychosomatische klachten zoals hoofdpijn, buikpijn, rugpijn, bedplassen, slechte eetlust en slaapproblemen (Gini & Pozzoli, 2009). De betreffende onderzoeken naar de relatie tussen actief pesten en psychosomatische klachten zijn crosssectioneel en geven aan dat er een associatie is tussen actief pesten en psychosomatische klachten.

Suicidegedachten en suïcidepogingen

In de review van Brunstein waarin de relatie tussen pesten en suïcide wordt onderzocht komt uit de verschillende crosssectionele studies een associatie naar voren tussen actief pesten en suicidegedachten en suïcidepogingen (Brunstein et al., 2010). Uit de aangehaalde longitudinale studie van Kim komt naar voren dat pestende jongens een grotere kans hebben op de ontwikkeling van suicidegedachten en pestende meisjes een verhoogd risico hebben op suïcidepogingen (Kim, Leventhal, Koh & Boyce, 2009). Deze verhoogde risico's waren ook aanwezig voor jongeren die zowel pester als gepeste waren. In het longitudinale onderzoek van Klomek komt naar voren dat bij jongens die zelf pesten er een positieve associatie is met latere zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen (Klomek et al., 2009). Deze associatie wordt bij jongens echter verklaard door andere gedragsproblemen en depressie ten tijde van het pesten.

3.3.3 Verschillende gevolgen per leeftijdsgroep

In paragraaf 3.3.1 en 3.3.2 zijn de gevolgen en effecten op langere termijn weergegeven die samenhangen met gepest worden en actief pesten. Op basis van de hierboven aangehaalde onderzoeken kunnen deze gevolgen worden ingedeeld naar de leeftijdsgroepen: 1) basisschoolleeftijd (preadolescentie); 2) middelbareschoolleeftijd; 3) (jong)volwassenen.

Op de basisschoolleeftijd zijn de gevolgen die bij gepeste kinderen vooral een rol spelen: angst en depressie (Reijntjes et al., 2010), psychosomatische klachten (Fekkes et al., 2006; Gini & Pozzoli, 2009) en een negatieve schoolbeleving, schoolverzuim en slechtere schoolprestaties (Boulton et al., 2009; Buhs et al., 2006; Nakamoto & Schwartz, 2010; Schwartz et al., 2005).

Op de middelbareschoolleeftijd zijn de gevolgen die bij gepeste kinderen een rol spelen: suicidegedachten en suïcidepogingen (Brunstein et al., 2010; Klomek et al., 2009), angst en depressie (Lund et al., 2009), een lager zelfvertrouwen (Overbeek et al., 2010) en slechtere schoolprestaties (Nakamoto & Schwartz, 2010). Een belangrijk verschil tussen de basis- en de middelbareschoolleeftijd is dat na de adolescentie (middelbareschoolleeftijd) suicidegedachten en -pogingen zich als mogelijke gevolgen kunnen voordoen. Voor kinderen die zelf actief pesten komt naar voren dat zij gedurende de middelbareschoolleeftijd een grotere kans hebben op suicidegedachten en -pogingen (Brunstein et al., 2010; Kim et al., 2009; Klomek et al., 2009).

Uit de aangehaalde onderzoeken blijkt dat bij (jong)volwassenen voor de gepeste leerlingen depressie naar voren komt als een gevolg op latere leeftijd (Lund et al., 2009). Kinderen die zelf actief pesten hebben als (jong)volwassenen een grotere kans op een antisociale persoonlijkheid (Sourander et al., 2007).

3.4 Conclusies

Gepeste kinderen – gevolgen

| Niveau | Conclusie | Literatuur |
|---------------|--|---|
| 1 | Het is aangetoond dat kinderen die gepest worden een grotere kans hebben op de ontwikkeling van internaliserende problemen zoals depressie, angst en teruggetrokkenheid. | A1. Reijntjes, 2010 |
| 2 | Het is aannemelijk dat kinderen die gepest worden een grotere kans hebben op (latere) ontwikkeling van psychosomatische klachten (OR = 1,8 - 3,1) zoals hoofdpijn, buikpijn, rugpijn, bedplassen, slechte eetlust en slaapproblemen. | A1. Gini, 2009 A2. Fekkes, 2006 |
| 2 | Het is aannemelijk dat gepest worden – met name bij meisjes – samengaat met een grotere kans op latere suicidegedachten en suïcidepogingen. | A1. Brunstein, 2010 A2. Klomek, 2009 |
| 2 | Het is aannemelijk dat jongeren die worden gepest in de daaropvolgende periode een lager zelfvertrouwen ontwikkelen. | A2. Overbeek, 2008 |

| | | |
|---|--|---|
| 2 | Het is aannemelijk dat kinderen die worden gepest minder plezier in school krijgen, vaker afwezig zijn en minder goede schoolprestaties krijgen. | A2/B. Boulton, 2009 A2. Nakomoto, 2010 A2. Schwartz, 2005 |
|---|--|---|

Pesters - gevolgen

| | | |
|---|--|--|
| 2 | Het is aannemelijk dat jongens die pesten een grotere kans hebben op de ontwikkeling van een antisociale persoonlijkheidsstoornis (OR = 1,7 - 3,6). | A2. Sourander, 2007 |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat kinderen die pesten (OR = 1,8 - 2,1) en kinderen die zowel pesten als gepest worden (OR = 2,0 - 2,8) vaker last hebben van psychosomatische klachten zoals hoofdpijn, buikpijn, rugpijn, bedplassen, slechte eetlust en slaapproblemen. | A1. Gini, 2009 |
| 2 | Het is aannemelijk dat jongeren die actief pesten vaker suïcidegedachten hebben en vaker een suïcidepoging ondernemen. | A1. Brunstein, 2010 A2. Kim, 2009 A2. Klomek, 2009 |

Leeftijdsverschillen - gevolgen

| | | |
|---|--|---|
| 2 | Suïcidegedachten en suïcidepogingen in relatie tot pesten en gepest worden komen pas voor tijdens de middelbareschoolleeftijd. | A1. Brunstein, 2010 A2. Kim, 2009 A2. Klomek, 2009 |
| 2 | Angst, depressie en psychosomatische klachten als gevolg van pestgedrag komen zowel voor tijdens de basisschoolleeftijd als tijdens de middelbareschoolleeftijd. | A1. Gini, 2009 A1. Reijntjes, 2010 A2. Fekkes, 2006 |
| 3 | Gepeste kinderen hebben als (jong)volwassenen een grotere kans op depressie. | B. Lund, 2009 |
| 3 | Pestende kinderen hebben een grotere kans om als (jong)volwassenen een antisociale persoonlijkheid te ontwikkelen. | A2. Sourander, 2007 |

3.5 Overige overwegingen

- De gevolgen die hierboven bij de conclusies zijn vermeld zijn niet uitputtend. Er zijn meer gevolgen, maar deze zijn niet of onvoldoende onderzocht.
- Bij ernstige gevallen van pesten kan sprake zijn van crimineel geweld dat bij de slachtoffers kan leiden tot een behandeling voor een posttraumatische stressstoornis en bij de daders mogelijk kan leiden tot justitieel ingrijpen.
- Gepest worden kan ook latere negatieve gevolgen hebben, bijvoorbeeld voor het presteren op het werk.
- In het geval van suïcidegedachten of een suïcidepoging dient altijd te worden onderzocht of het betreffende kind wordt gepest.
- Langdurig pesten (meerdere maanden/jaren) heeft mogelijk grotere gevolgen dan kortdurend pesten. Hierover is vanuit de literatuur weinig bekend. Belangrijk is te beseffen dat de invloed van pesten sterk individueel bepaald is. Het ene kind ondervindt meer gevolgen van een bepaalde hoeveelheid en ernst van pesten dan het andere.

3.5 Aanbevelingen

5. De JGZ-medewerker moet doorvragen of het kind wordt gepest dan wel een pester is bij de aanwezigheid van psychosomatische klachten, zoals hoofdpijn, buikpijn, bedplassen, rugpijn, slechte eetlust en slaapproblemen.

6. Bij signalering van internaliserende klachten zoals depressie, angst en teruggetrokkenheid moet de JGZ-medewerker doorvragen of het kind gepest wordt.

7. Bij signalering van gepest worden op middelbareschoolleeftijd moet de JGZ-medewerker nagaan in hoeverre er ook sprake is van suïcidegedachten. Voorbeelden van indirecte vragen naar suïcidegedachten zijn: welk rapportcijfer geef je aan je leven, ben je somber of alleen, is er iets wat je dwarszit, is er iets waar je veel over nadent? Dit kan ook uit de SDQ-vragenlijst naar voren komen, bijvoorbeeld bij het item 'Ik ben vaak ongelukkig, in de put of in tranen'.

8. Bij aanwezigheid van suïcidegedachten dient de JGZ-medewerker na te gaan of gepest worden of pesten een onderliggende oorzaak is.

4. Risicofactoren voor pesten

4.1 Uitgangsvragen

- a. Wat zijn de risicofactoren voor het ontstaan van pestgedrag (pesten en gepest worden) op het niveau van het kind, de ouder(s) en de omgeving, inclusief culturele aspecten en diversiteit?
- b. Zijn er kenmerken bij jonge kinderen (0-4 jaar) en hun ouders die later pestgedrag kunnen voorspellen?

4.2 Inleiding

Voor het opsporen van pestgedrag is het van belang om de risicofactoren goed te kennen. Daarnaast kan voor preventie van de ontwikkeling van pestgedrag inzicht in de risicofactoren helpen bij het identificeren van kinderen die mogelijk een groter risico lopen om te worden gepest of te pesten. Kinderen die risico lopen en eventueel hun ouders kunnen worden doorverwezen voor hulp. In dit hoofdstuk worden de risicofactoren van pesten beschreven die in de literatuur naar voren komen of die bekend zijn bij de experts. Deze worden beoordeeld op hun bruikbaarheid in de JGZ.

Daarnaast wordt gekeken of er al op jonge leeftijd specifieke kenmerken zijn waarvan bekend is dat die pestgedrag op latere leeftijd voorspellen. Verder wordt onderzocht of er factoren zijn in relatie tot culturele aspecten en diversiteit die van invloed zijn op pesten en gepest worden.

4.3 Samenvatting van de literatuur

4.3.1 Risicofactoren voor gepest worden - kindfactoren

Angst, depressie en teruggetrokken gedrag

Reijntjes beschrijft in een review van 18 cohortonderzoeken de relatie tussen internaliserende problemen (o.a. angst, depressie, teruggetrokken verlegen gedrag) en pesten (Reijntjes et al., 2010). Deze review richt zich specifiek op longitudinale onderzoeken zodat er een betere interpretatie kan worden gegeven aan de richting van de causale verbanden, namelijk of internaliserende problemen voorafgaan aan pesten of dat internaliserende problemen een gevolg zijn van pesten. In de meta-analyse van de resultaten worden de gegevens van 13.978 jongeren betrokken. De resultaten van de verschillende onderzoeken laten zien dat internaliserende problemen zoals depressie, angst en teruggetrokkenheid bij kinderen de kans om te worden gepest vergroten. De effectgrootte hiervan is klein tot middelgroot.

Obesitas

Griffiths onderzocht in een prospectieve cohortstudie de relatie tussen obesitas en pesten (Griffiths, Wolke, Page & Horwood, 2006). Zowel jongens als meisjes met obesitas liepen een verhoogd risico om later gepest te worden. Ook uit een crosssectioneel onderzoek van Analitis kwam naar voren dat kinderen met overgewicht en obesitas vaker worden gepest (Analitis et al., 2009).

ADHD

Holmberg onderzocht de relatie tussen ADHD en pesten (Holmberg & Hjern, 2008). Uit dit crosssectionele onderzoek kwam naar voren dat kinderen met ADHD vaker worden gepest. Eenzelfde associatie werd gevonden in een crosssectioneel onderzoek van Nordhagen, waaruit naar voren kwam dat hyperactieve kinderen een grotere kans (OR = 8,8 - 10,8) liepen om te worden gepest (Nordhagen et al., 2005).

Motorisch onhandige en prematuur geboren kinderen

Bejerot onderzocht de relatie tussen motorische onhandigheid en gepest worden. Uit het retrospectieve onderzoek kwam naar voren dat kinderen die minder goed presteerden tijdens de gymnastieklessen een veel grotere kans liepen om te worden gepest (Bejerot, Edgar & Humble, 2011). In een Nederlands onderzoek van Janssen onder 11- tot 14-jarige tieners komt naar voren dat retrospectief gemeten slecht motorisch functioneren op 4- en 5-jarige leeftijd samenging met vaker gepest worden op 11- tot 14-jarige leeftijd (Jansen, Veenstra, Ormel, Verhulst & Reijneveld, 2011). Uit hetzelfde onderzoek kwam ook naar voren dat kinderen die op jonge leeftijd (voor hun 4e jaar) motorisch onhandig waren, vaker op 10- tot 12-jarige leeftijd werden genegeerd door hun leeftijdsgenoten (Jaspers, 2012).

Uit onderzoek van Nadeau komt naar voren dat prematuur geboren kinderen en kinderen met cerebrale parese veel vaker gepest worden (Nadeau & Tessier, 2009). Dit laatste kan komen door een bepaald gevolg van prematuriteit en cerebrale parese, namelijk de motorische onhandigheid.

Stotteren

Uit crosssectioneel onderzoek van Davis onder 8- tot 14-jarige kinderen komt naar voren dat kinderen die stotteren vergeleken met kinderen die niet stotteren vaker door hun klasgenoten worden aangemerkt als 'gepeste' kinderen (38% vs. 11%). Kinderen die stotteren werden door medeleerlingen tweemaal zo vaak beoordeeld als 'verworpen' (44% vs. 19%) en veel minder vaak als 'populair' (6% vs. 26%) in vergelijking met kinderen die niet stotteren (Davis, Howell & Cooke, 2002).

Autisme

Uit een crosssectioneel onderzoek van Twyman komt naar voren dat kinderen met autisme vaker worden gepest dan kinderen zonder autisme (29% vs. 9%). Kinderen met autisme werden ook vaker buitengesloten (28% vs. 9%) (Twyman et al., 2010).

Etniciteit

In verschillende onderzoeken is gekeken naar de invloed van etniciteit op pestgedrag. Uit een Nederlands onderzoek van Vervoort komt naar voren dat kinderen van etnische minderheden minder vaak worden gepest en dat er geen verschil is in actief pesten tussen kinderen van de etnische minderheid en de etnische meerderheid in een klas (Vervoort, Scholte & Overbeek, 2010). Verder kwam naar voren dat er meer kinderen worden gepest in etnisch gevarieerde klassen. In een onderzoek van Spriggs onder jongeren in de VS komen geen grote verschillen in prevalentie van pesten en gepest worden tussen verschillende etnische groepen naar voren (Spriggs, Iannotti, Nansel & Haynie, 2007). Ook in Brits onderzoek van Wolke komt naar voren dat kinderen uit etnische minderheden niet vaker worden gepest (Wolke, Woods, Stanford & Schulz, 2001).

Homoseksualiteit

Uit een onderzoek van Birkett komt naar voren dat homoseksuele kinderen een groter risico lopen om te worden gepest. Uit dit onderzoek kwam ook naar voren dat op scholen met een positief schoolklimaat dit risico minder groot is (Birkett, Espelage & Koenig, 2009).

Cyberpesten

Uit de literatuur komen geen duidelijke risicofactoren naar voren die specifiek gerelateerd zijn aan cyberpesten. Uit een onderzoek van Wang naar verschillende vormen van pesten, waaronder cyberpesten, komt wel naar voren dat cyberpesten vaak samengaat met andere vormen van pesten (Wang, Iannotti, Luk & Nansel, 2010). Salmivalli (2011) geeft aan dat cyberpesten een sterke overlap in prevalentie vertoont met traditioneel pesten.

4.3.2. Risicofactoren voor gepest worden – ouderfactoren

Mishandeling/verwaarlozing

Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat mishandelde of verwaarloosde kinderen een groter risico lopen om te worden gepest. Shields vond in een crosssectionele studie dat verwaarloosde kinderen vaker werden gepest (Shields & Cicchetti, 2001). In een crosssectioneel onderzoek van Mohapatra kwam naar voren dat meisjes waarvan de ouders in contact waren met de kindbescherming (Child Protective Services) vaker werden gepest (Mohapatra et al., 2010). Bowes vond in een crosssectioneel onderzoek dat kinderen die het slachtoffer waren van kindermishandeling of waarbij sprake was van huiselijk geweld vaker gepest werden (Bowes et al., 2009).

Meer agressie en conflict binnen het gezin

Uit een crosssectioneel onderzoek onder adolescenten jongens van Baldry kwam naar voren dat in gezinnen met ouders die veel in conflict waren en ouders met een autoritaire opvoedstijl die vaak straffend handelen de kinderen een groter risico liepen om gepest te worden (Baldry & Farrington, 2005).

Lage sociaaleconomische status

Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat kinderen uit gezinnen met een lage sociaaleconomische status vaker betrokken zijn bij pestgedrag. In onderzoek van Due kwam ook naar voren dat een lage sociaaleconomische status samenging met vaker gepest worden (Due et al., 2009). Uit het Nederlandse longitudinale TRAILS-onderzoek kwam naar voren dat kinderen uit gezinnen met een lage sociaaleconomische achtergrond een grotere kans hebben om gepest te worden (Jansen et al., 2011).

4.3.3 Risicofactoren voor gepest worden - omgevingsfactoren

Schoolgrootte

Er zijn relatief weinig onderzoeken die ingaan op het type school en het aantal gepeste leerlingen. In een longitudinaal cohortonderzoek van Bowes kwam naar voren dat pesten vaker voorkomt op grotere scholen (Bowes et al., 2009).

4.3.4 Risicofactoren om te pesten - kindfactoren

ADHD

Holmberg onderzocht de relatie tussen ADHD en pesten (Holmberg & Hjern, 2008). Uit dit crosssectionele onderzoek kwam naar voren dat kinderen met ADHD vaker andere kinderen pesten. Eenzelfde resultaat werd gevonden in een crosssectioneel onderzoek door Nordhagen, waarbij hyperactieve kinderen een grotere kans liepen om anderen te pesten (Nordhagen et al., 2005). In een crosssectioneel onderzoek van Montes komt naar voren dat kinderen met ADHD veel vaker andere kinderen pesten in vergelijking met kinderen zonder ADHD (Montes & Halterman, 2007). Uit dit onderzoek kwam verder naar voren dat kinderen met ADHD én autisme een nog hoger risico hadden om zelf andere kinderen te pesten.

Obesitas

Griffiths onderzocht in een prospectieve cohortstudie de relatie tussen obesitas en pesten. De resultaten gaven aan dat jongens met overgewicht een verhoogd risico hadden om later andere kinderen te pesten. Bij meisjes werd dit verhoogde risico niet gevonden (Griffiths et al., 2006).

Autisme

Uit een crosssectioneel onderzoek van Twyman komt naar voren dat kinderen met autisme niet vaker andere kinderen pesten (7% vs. 7%) in vergelijking met kinderen zonder autisme (Twyman et al., 2010). In een crosssectioneel onderzoek van Montes komt naar voren dat kinderen met autisme én ADHD een hoger risico hadden om zelf andere kinderen te pesten (Montes & Halterman, 2007).

4.3.5 Risicofactoren om te pesten – ouderfactoren

Mishandeling/verwaarlozing

Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat mishandelde of verwaarloosde kinderen een groter risico lopen om zelf te pesten. Uit het crosssectionele onderzoek van Shields komt naar voren dat verwaarloosde kinderen vaker pesten (Shields & Cicchetti, 2001). In een crosssectioneel onderzoek van Mohapatra kwam naar voren dat zowel jongens als meisjes waarvan de ouders in contact waren gekomen met de kinderbescherming (Child Protective Services) vaker zelf actief pesten (Mohapatra et al., 2010). Ook Duke vond in een crosssectioneel onderzoek dat jongeren die aangaven vroeger te zijn misbruikt of mishandeld vaker zelf pesten (Duke, Pettingell, McMorris & Borowsky, 2010). Bowes vond ook dat kindermishandeling en huiselijk geweld samengingen met vaker pesten (Bowes et al., 2009).

Meer agressie en conflict binnen het gezin

Uit crosssectioneel onderzoek van Baldry kwam naar voren dat in gezinnen met ouders die veel in conflict waren en ouders die een autoritaire opvoedstijl hanteren en vaak straffend handelen de kinderen vaker zelf actief pesten (Baldry & Farrington, 2005).

Alleenstaande ouders

Nordhagen vond in een crosssectioneel onderzoek dat kinderen van alleenstaande ouders een groter risico lopen om zelf actief te pesten (Nordhagen et al., 2005).

Lage sociaaleconomische status

Uit het Nederlandse longitudinale TRAILS-onderzoek kwam naar voren dat kinderen uit gezinnen met een lage sociaaleconomische achtergrond een grotere kans hebben om andere kinderen te pesten (Jansen et al., 2011). Nordhagen vond dat kinderen van laagopgeleide ouders vaker zelf pesten (Nordhagen et al., 2005).

*4.3.6. Risicofactoren om te pesten – omgevingsfactoren**Schoolniveau*

Jongeren in het voortgezet onderwijs pesten vaker als zij op een lager niveau onderwijs (vmbo) zitten in vergelijking met jongeren op een hoger type onderwijs (havo/vwo) (Mooij, 1998).

4.3.7. Beschermende factoren bij gepeste en pestende kinderen

Uit de literatuur is ook een aantal beschermende factoren bekend. Uit het onderzoek van Bowes komt naar voren dat warmte binnen het gezin en een positieve emotionele thuissituatie een beschermende werking kunnen hebben tegen de negatieve emotionele gevolgen bij kinderen die worden gepest (Bowes, Maughan, Caspi, Moffitt & Arseneault, 2010). Uit het Nederlandse longitudinale TRAILS-onderzoek komt naar voren dat jongeren uit tweeoudergezinnen minder vaak betrokken zijn bij pestgedrag (Jansen et al., 2011).

Verder komt uit de literatuur naar voren dat het hebben van (verdedigende) vrienden een beschermende factor is, zowel voor het risico om gepest te worden als voor de negatieve gevolgen van pesten zoals internaliserende problemen (Hodges et al., 1999; Sainio et al., 2011).

4.4 Conclusies*Risicofactoren voor gepest worden*

| Niveau | Conclusie | Literatuur |
|---------------|--|---|
| 1 | Het is aangetoond dat internaliserende problemen – zoals angst, depressie en teruggetrokkenheid – samengaan met een vergrote kans om in de daaropvolgende periode gepest te worden. | A1. Reijntjes, 2010 |
| 2 | Het is waarschijnlijk dat kinderen met overgewicht en obesitas vaker worden gepest. (Jongens: OR = 1,5; meisjes: OR = 1,5.) | A2. Griffiths, 2006 B. Analitis, 2009 |
| 2 | Het is waarschijnlijk dat kinderen met ADHD vaker worden gepest (OR = 8,8 - 10,8). | B. Holmber, 2008 B. Nordhagen, 2005 |
| 2 | Het is aannemelijk dat kinderen die thuis worden mishandeld of verwaarloosd vaker worden gepest (OR = 1,7). | A2. Bowes, 2009 B. Shields, 2001 B. Mohapatra, 2010 |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat jongeren een groter risico lopen om te worden gepest als zij uit gezinnen komen waar ouders veel in conflict met elkaar zijn en waar ouders autoritair opvoeden en vaak straffend handelen. | B. Baldry, 2005 |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat er meer gepest wordt op grotere scholen. | A2. Bowes, 2009 |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat homoseksuele kinderen vaker worden gepest. | B. Birkett, 2009 |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat motorisch onhandige kinderen vaker gepest worden (OR = 3,6). | B. Bejerot, 2011 B. Janssen, 2011 B. Jaspers, 2012 |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat prematuur geboren kinderen en kinderen met cerebrale parese vaker worden gepest. | B. Nadeau, 2009 |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat kinderen die stotteren vaker worden gepest en afgewezen door medeleerlingen. | B. Davis, 2002 |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat kinderen met autisme vaker gepest (29% vs. 9%) en buitengesloten (28% vs. 9%) worden in vergelijking met kinderen zonder autisme. | B. Twyman, 2010 |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat kinderen met een lage sociaaleconomische | B. Nordhagen, 2005 |

| | | |
|---|--|--|
| | achtergrond vaker worden gepest (OR = 1,1 - 1,4). | <i>B. Due, 2009</i> |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat kinderen uit etnische minderheden niet vaker worden gepest. | <i>B. Vervoort, 2010</i> <i>B. Spriggs, 2007</i> <i>B. Wolke, 2001</i> |

Risicofactoren om te pesten

| | | |
|---|--|--|
| 2 | Het is aannemelijk dat kinderen met ADHD vaker andere kinderen pesten in vergelijking met kinderen zonder ADHD (OR = 2,4 - 3,9). | <i>B. Holmberg, 2008</i> <i>B. Nordhagen, 2005</i> <i>B. Montes, 2007</i> |
| 2 | Het is aannemelijk dat jongens met obesitas vaker andere kinderen pesten (OR = 1,7). | <i>A2. Griffiths, 2006</i> |
| 2 | Het is aannemelijk dat mishandelde of verwaarloosde kinderen vaker zelf actief pesten (OR = 1,8 - 2,3). | <i>A2. Bowes, 2009</i> <i>B. Shields, 2001</i> <i>B. Mohapatra, 2010</i> <i>B. Duke, 2010</i> |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat kinderen zelf vaker pesten als zij uit gezinnen komen met veel ouderlijke conflicten en autoritair opvoedende en vaak straffende ouders. | <i>B. Baldry, 2005</i> |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat kinderen van alleenstaande ouders een groter risico lopen om zelf actief te pesten (OR = 1,4) | <i>B. Nordhagen, 2005</i> |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat jongeren op het vmbo vaker pesten dan jongeren op de havo/het vwo. Jongeren met een lage SES-achtergrond hebben een grotere kans om andere kinderen te pesten. | <i>B. Mooij, 1998</i> |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat jongeren met een lage SES-achtergrond een grotere kans hebben om andere kinderen te pesten. | <i>B. Jansen, 2011</i> |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat kinderen uit etnische minderheden niet vaker andere kinderen pesten. | <i>B. Vervoort, 2010</i> <i>B. Spriggs, 2007</i> <i>B. Wolke, 2001</i> |

Beschermende factoren

| | | |
|---|---|---|
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat veel warmte binnen het gezin en een positieve thuissituatie een beschermende werking kunnen hebben tegen de negatieve gevolgen van pesten. | <i>B. Bowes, 2010</i> |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat kinderen uit tweoudergezinnen minder vaak betrokken zijn bij pesten of gepest worden. | <i>B. Jansen, 2011</i> |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat kinderen met (verdedigende) vrienden minder frequent gepest worden en minder last hebben van de negatieve gevolgen van pesten. | <i>B. Hodges, 1999</i> <i>B. Saino, 2011</i> |

4.5 Overige overwegingen

- Speciaal onderwijs: Schoolleiders van het speciaal onderwijs geven aan dat er vaker incidenten zijn op het gebied van pesten, bedreiging en geweld (Aarsen & Hoffius, 2007). Op het speciaal onderwijs zitten veel kinderen met risicofactoren om te pesten of gepest te worden, zoals kinderen met autisme of ADHD. Ook zijn deze kinderen niet altijd goed in staat om het pestprobleem aan te geven. Met name tijdens het groepsvervoer van kinderen van en naar bijzondere scholen wordt veel gepest, mede omdat het toezicht hier soms minder aanwezig kan zijn. Het is daarom belangrijk dat de JGZ-medewerkers extra alert zijn op pesten bij leerlingen in het speciaal onderwijs. In de contacten met leerlingen uit het speciaal onderwijs moet ook goed worden nagegaan of leerlingen gepest worden als zij van en naar school worden vervoerd.

- Kinderen met depressieve klachten lopen een groter risico om gepest te worden. Het is van belang om deze kinderen proactief weerbaarder te maken tegen mogelijk toekomstig pestgedrag. Als zij ook nog worden gepest, is het nog moeilijker voor deze kinderen om van hun depressie af te komen.
- Er zijn geen aanwijzingen dat kinderen die gepest worden later een grotere kans lopen om zelf te pesten. Wel zijn er risicofactoren – bijvoorbeeld ADHD – die samengaan met een grotere kans op zowel gepest worden als op pesten. Kinderen kunnen op basis van deze risicofactoren dus een grotere kans lopen om gepest te worden en om zelf te pesten.
- Door de ontwikkelaars en experts uit het veld wordt opgemerkt dat leerlingen die afwijken van het gemiddelde, die opvallen of kwetsbaar lijken, meer risico lopen om gepest te worden.
- De risicofactoren die hierboven bij de conclusies zijn vermeld zijn niet uitputtend. Er zijn waarschijnlijk meer risicofactoren, maar deze zijn niet of onvoldoende onderzocht.

4.6. Aanbevelingen

9. Voor de preventie en signalering van pestgedrag is het van belang om de risicofactoren – van zowel gepeste als pestende kinderen – goed te kennen. Bij de volgende risicogroepen (bewezen d.m.v. wetenschappelijk onderzoek) is het van belang om extra alert te zijn op pestgedrag:

- Angstige, depressieve of teruggetrokken kinderen.
- Kinderen met overgewicht of obesitas.
- Kinderen met ADHD.
- Motorisch onhandige kinderen.
- Kinderen die stotteren.
- Kinderen met autisme.
- Homoseksuele leerlingen.
- Leerlingen van grote scholen.
- Daarnaast lopen leerlingen die afwijken van het gemiddelde, opvallen of kwetsbaar lijken (sociaal kwetsbare kinderen) meer risico om gepest te worden.

10. Indien nodig wordt onder andere bij angstige, depressieve, teruggetrokken kinderen en sociaal kwetsbare kinderen vanuit de JGZ proactief een traject ingezet om hen weerbaarder te maken of om ouders ondersteuning te bieden bij de opvoeding.

5. Signalering van pesten

5.1 Uitgangsvragen

- a. Bestaan er signaleringsinstrumenten voor gepest worden dan wel voor de pester? En voor welk gebruik zijn deze ontwikkeld (JGZ of onderwijs)?
- b. Hoe kan de ernst worden bepaald van pestgedrag en wanneer dient te worden verwezen?
- c. Zijn er kenmerken op basis waarvan pesten of gepest worden kan worden vermoed en op basis waarvan de jeugdarts, -verpleegkundige of doktersassistent kan signaleren door middel van anamnese?

5.2. Inleiding

Signaleren kan door gebruik te maken van een signaleringsinstrument, een gestructureerde anamnese of een combinatie van beide. Om pesten te signaleren zijn handvatten nodig voor de JGZ. In dit hoofdstuk worden de signaleringsinstrumenten die beschreven zijn in de literatuur of bekend zijn bij de experts beschreven en beoordeeld op hun bruikbaarheid in de JGZ. Daarnaast wordt gekeken met welke specifieke anamnestiche vragen de hulpverlener pesten kan signaleren.

Vraag c van de uitgangsvraag zal beantwoord worden op basis van de literatuurbespreking uit hoofdstuk 3, Gevolgen van pesten, en hoofdstuk 4, Risicofactoren voor pesten.

5.3. Samenvatting van de literatuur

5.3.1. Signaleringsinstrumenten

In de literatuur is nauwelijks vergelijkend onderzoek naar de effectiviteit van signaleringsinstrumenten voor pesten beschreven. Er is dan ook geen gouden standaard.

Arseneault, Card en Crothers beschrijven ieder in een review verschillende screeningsmethoden (Arseneault, Bowes & Shakoor, 2010; Card & Hodges, 2008; Crothers & Levinson, 2004). Hoewel in deze reviews geen systematische zoekstrategie wordt beschreven, geeft het een breed overzicht. De effectiviteit van de methoden is echter niet bekend. De volgende screeningsmethoden zijn beschreven:

- *Observatie* (gestructureerd of ongestructureerd) op meerdere tijdstippen en op plaatsen waar pesten waarschijnlijk gebeurt (o.a. speelplein, kantine, kluisjes, gymzaal). Observatiemethoden meten niet alle gevallen van pesten, omdat de observator niet in alle situaties aanwezig kan zijn.
- *Dagboeken*. Door het gebruik van dagboeken waarin kinderen gedrag op vaste tijdstippen op gestandaardiseerde formulieren kunnen invullen, kan een eigen perspectief van pesten worden vastgelegd.
- *Interviews*. Geven een kwalitatief beeld van het pesten. Als een interview wordt afgenomen door personeel van buiten het schoolsysteem, zouden kinderen zich minder zorgen maken over de gevolgen van het geven van gevoelige informatie voor hun positie op school. Nadelen van interviews zijn dat ze veel tijd kosten en de uitkomsten afhankelijk zijn van de interviewer.
- *Sociometrie*. Het in kaart brengen van de sociale status van kinderen via leeftijdsgenoten (vaak op school). Leeftijdsgenoten wordt gevraagd welke klasgenoten zij leuk of niet leuk vinden, of die pesten of gepest worden, eventueel aan de hand van foto's van de klasgenoten. Ook kan gevraagd worden naar sociaal gedrag van klasgenoten, zoals agressief zijn. Sociometrie kan alleen in een schoolsetting, waarbij anonimiteit belangrijk is.
- *Rapportage door lera(a)r(es)*. Het opstellen van een lijst van kinderen die in hun klas gepest worden en/of pesten.
- *Rapportage door ouders*. Ouders zijn niet vaak getuige van pesten en weten alleen wat het kind hun vertelt. Voor jonge kinderen kan ouderrapportage een belangrijke bijdrage leveren aan de signalering, naast de rapportage vanuit school.
- *Zelfrapportage*. Kinderen vertellen zelf of ze pesten of gepest worden. Het is de vraag of alle kinderen dit spontaan doen.
- *Screeningsinstrumenten*. Verschillende instrumenten zijn in het Engels beschikbaar; sommige zijn getest op validiteit en andere niet. Geen van de beschreven instrumenten is in het Nederlands beschikbaar en ze worden daarom hier niet verder besproken.

Vaillancourt heeft in een grote populatie (n = 16.799, leeftijd 8-19 jaar) screening door middel van het lezen van een definitie van pesten en daarna alleen vragen naar pesten of gepest worden in de afgelopen 3 maanden, vergeleken met screening door middel van uitgebreide vragen naar ervaring met verschillende uitingen van pesten (slaan, schelden, roddelen, etc.) (Vaillancourt et al., 2010). Zij toonde aan dat alleen vragen naar pesten of gepest worden een lage sensitiviteit heeft (56,3% voor gepest worden en 55,7% voor pesten), maar een hoge specificiteit (94,3% voor gepest worden en 91,5% voor pesten), waarbij eenmalig pesten in de afgelopen 3 maanden ook geclassificeerd werd als pesten. Vaillancourt pleit er dan ook voor om na het vragen naar pesten of gepest worden als tweede stap meer gedetailleerde vragen te stellen om pesten of gepest worden vast te stellen (Vaillancourt et al., 2010).

Card pleit ervoor om bij gebrek aan gevalideerde screeningsinstrumenten gebruik te maken van meerdere bronnen voor screening (rapportage van verschillende personen) en van een combinatie van vragen uit screeningsinstrumenten die voor onderzoeken ontwikkeld zijn (Card & Hodges, 2008). Belangrijk is dat alle vormen van pesten (fysiek, verbaal, relationeel en cyberpesten) worden uitgevraagd.

Signalering van pesten in de klas

Voor het screenen van pesten in de klas kan gebruik worden gemaakt van sociogrammen. Signalering op school kan plaatsvinden door bijvoorbeeld het sociale netwerk in klassen in kaart te brengen (Huitsing & Veenstra, 2012a) (<http://www.sociaalnetwerkadvies.nl>) of een pesttest af te nemen. De JGZ kan hierbij een ondersteunende rol hebben. Hier wordt uitgebreid op ingegaan in hoofdstuk 9, Taken in de jeugdgezondheidszorg: preventie, signalering en aanpak van pesten.

Signalering van cyberpesten

Geen literatuur is gevonden over de signalering van cyberpesten.

5.3.2. *Ernst van pestgedrag bepalen*

In de literatuur zijn geen screeningsmethoden beschreven om de ernst van pesten te bepalen. Zowel Craig als Lamb pleit ervoor om als pesten wordt vermoed, te vragen naar hoe vaak het pesten gebeurt, hoe lang het pesten gaande is, op hoeveel verschillende plaatsen of in welke situaties het pesten gebeurt, wat voor type pesten het is (en hoe ernstig) en wat voor effect het pesten op het kind heeft. Belangrijk is ook de geassocieerde sociale, emotionele, psychologische, educationele en fysieke problemen in kaart te brengen (Craig & Pepler, 2003; Lamb, Pepler & Craig, 2009).

5.4 Conclusies

| Niveau | Conclusie | Literatuur |
|--------|---|---|
| 4 | In de literatuur zijn geen gevalideerde Nederlandstalige screeningsinstrumenten voor pesten of gepest worden beschreven. | <i>D. Lamb, 2009</i> <i>D. Card, 2008</i> <i>D. Arseneault, 2010</i> |
| 3 | Er zijn aanwijzingen dat alleen vragen naar pesten of gepest worden een lage sensitiviteit en een hoge specificiteit heeft en dat het beter is om uitgebreider en specifiek naar pestgedrag te vragen. | <i>B. Vaillancourt, 2010</i> |
| 3 | Het lijkt waarschijnlijk dat bij het ontbreken van een effectief signaleringsinstrument signalering van pesten dient plaats te vinden door middel van gerichte anamnese naar pesten of gepest worden, gevolgd door anamnese naar de symptomen die geassocieerd zijn met pesten, en het uitvragen van de ernst en gevolgen van pesten. | <i>B. Vaillancourt, 2010</i> <i>D. Lamb, 2009</i> <i>D. Craig, 2003</i> |

5.5 Overige overwegingen

- Naast de JGZ hebben ketenpartners, zoals scholen, kinderopvang en sportverenigingen, een rol bij het signaleren van pesten. Het is aan te bevelen dat de JGZ het onderwerp op de kaart zet bij deze ketenpartners en hen ondersteunt bij de zorg rondom pesten.
- Bij het signaleren van pesten dient er aandacht te zijn voor de verschillende vormen van pesten: direct pesten (fysiek en verbaal), indirect pesten (relationeel) en cyberpesten en of het pesten incidenteel dan wel structureel van aard is.
- De ontwikkelaars van de richtlijn concluderen dat er in Nederland geen signaleringsinstrumenten voor pesten beschikbaar zijn die geschikt zijn voor gebruik in de JGZ en waarvan de effectiviteit is bewezen.
- Cyberpesten signaleren is moeilijk. Op veel manieren kan er gepest worden en het is beperkt mogelijk hier als ouders, onderwijzer of zorgverlener goed zicht op te houden. Ook is de kennis over de mogelijkheden binnen de elektronische communicatie bij kinderen vaak groter dan bij ouders, leerkrachten of zorgverleners. JGZ-medewerkers dienen zich op de hoogte te houden door middel van bijpraten of bijscholing op het gebied van populaire sites onder jongeren en de gevaren daarvan met betrekking tot pesten.
- Uit de praktijk blijkt dat ook antwoorden op vragen naar algemeen welbevinden (zoals 'Zit je lekker in je vel?' en 'Hoe voel je je op school?') aanwijzingen kunnen geven voor pesten.
- Voor de aanpak van pesten is het nodig te weten wie er pest(en). Relevant is onder andere te weten of het gaat om klasgenoten en of het kind de enige is die wordt gepest. Hierbij is van belang dat zorgvuldig wordt omgegaan met namen van andere kinderen, indien die worden genoemd.
- Experts beschrijven dat pesten niet altijd als serieus probleem onderkend wordt door misvattingen, zoals 'pesten gebeurt alleen op school' of 'pesten is een probleem waar kinderen wel overheen groeien'. Belangrijk is dat elke hulpverlener zich bewust is van de ernst en mogelijke gevolgen van pesten.
- Op het speciaal onderwijs en tijdens het groepsvervoer van kinderen van en naar bijzondere scholen wordt ook veel gepest. De leerlingpopulatie is daar anders en omvat meer risicoleerlingen, onder andere meer leerlingen met ADHD en autisme. Sommige leerlingen kunnen bijzonder kwetsbaar zijn en zijn wegens hun beperkingen minder goed in staat om het pesten aan te geven. Het is belangrijk dat de JGZ-medewerkers hier alert op zijn. In contact met leerlingen van speciaal onderwijs kan de JGZ-medewerker ook vragen of er tijdens het vervoer gepest wordt. Bij aanwezige pestproblematiek kan met de school worden besproken hoe dit in overleg met de vervoerder kan worden aangepakt.

5.6 Aanbevelingen

Op basis van de beschikbare literatuur en expertopinie is gesteld:

11. Pesten wordt in de JGZ gesignaleerd door bij elk kind op de contactmomenten vanaf 4 jaar de volgende anamnese af te nemen:

- *Algemeen welbevinden?*
Zit je lekker in je vel? Hoe voel je je op school?
- *Gepest?*
Ben je de laatste tijd weleens gepest of mag je weleens niet meedoen met de groep?
- *Pester?*
Heb je de laatste tijd weleens iemand gepest, uitgelachen of gezegd dat hij/zij niet mee mag doen met de groep?
- *Cyberpesten/digipesten (vanaf 8 jaar)?*
Krijg je weleens iets vervelends via je mobiele telefoon, internet of online gamen?
Stuur je zelf weleens negatieve berichten naar anderen?
- *Meeloper?*
Doe je weleens mee met het pesten van andere kinderen?
- *Gevolgen van pesten?*
Ben je bang of somber? Heb je hoofdpijn, buikpijn, weinig zin in eten? Slaap je goed?

Bij de aanwezigheid van risicofactoren (hoofdstuk 4) en de aanwezigheid van mogelijke gevolgen (hoofdstuk 3) van pesten dient men extra alert te zijn op pestgedrag.

Indien bij bovenstaande vragen geen problemen worden aangegeven door het kind (en/of ouders), is er geen extra aandacht voor pesten nodig.

Als bij een of meer van bovenstaande vragen wel problemen worden genoemd en/of het kind aangeeft te worden gepest, zelf te pesten of mee te doen met het pesten van anderen, wordt een aanvullende anamnese afgenomen waarbij het pesten verder wordt uitgevraagd. Aspecten die hierbij aan de orde komen, zijn:

- Hoe vaak het pesten gebeurt en hoe lang het pesten gaande is.
- Op welke plaatsen en in welke situaties het pesten plaatsvindt.
- Wie er pest(en), of de pester uit de eigen klas komt en worden anderen ook gepest.
- Van welke vorm(en) van pesten er sprake is.
- Hoe ernstig het pesten is en wat voor effect het pesten op het kind heeft.
- Zijn er geassocieerde problemen (sociaal, thuis, op school, fysiek, etc.)
- Zijn er suïcidedachten (bij kinderen > 12 jaar).
- Zijn ouders, leerkrachten of andere volwassenen op de hoogte van het pesten.
- Wat er al gedaan is om het pesten te stoppen en of dit heeft geholpen.

Het hebben van vrienden is een beschermende factor, daarom is het nuttig dit ook te bespreken.

12. De JGZ dient bij elk contactmoment vanaf 4 jaar het kind enkele vragen te stellen of het kind wordt gepest en de vragen te stellen over of het kind zelf pest. Dit gebeurt bij voorkeur anamnestic door de jeugdarts, -verpleegkundige of assistent, maar kan ook via een vragenlijst uitgevraagd worden.

13. Als een kind aangeeft te worden gepest of zelf te pesten, wordt een aanvullende anamnese afgenomen waarbij het pesten wordt uitgevraagd. Indien via een vragenlijst naar boven is gekomen dat een kind pest of gepest wordt, wordt het kind vervolgens apart opgeroepen voor een aanvullende anamnese.

14. Naast de JGZ hebben ketenpartners, zoals scholen, kinderopvang en sportverenigingen, een rol bij het signaleren van pesten. Het is aan te bevelen dat de JGZ het onderwerp op de kaart zet bij deze ketenpartners en hen ondersteunt bij de zorg rondom pesten.

15. Meer onderzoek is nodig naar instrumenten voor de signalering van pesten. Hierbij wordt aanbevolen buitenlandse instrumenten te vertalen naar het Nederlands en deze te valideren.

6. Pesten bij 0- tot 4-jarigen

6.1 Uitgangsvragen

- a. Speelt het pestprobleem ook bij de groep 0- tot 4-jarigen?
- b. Is er een relatie tussen agressief gedrag bij kinderen jonger dan 4 jaar en pestgedrag op latere leeftijd?
- c. Is de opvoedstijl van ouders bij kinderen onder de 4 jaar gerelateerd aan pestgedrag op latere leeftijd?

6.2 Inleiding

Al op jonge leeftijd begint de sociale interactie tussen kinderen in groepsverband. De plaatsen waar kleine kinderen onder de 4 jaar het meest in groepsverband met elkaar in aanraking komen, zijn de kinderopvang en de peuterspeelzaal. Signalering van (voorlopers van) pestgedrag bij deze groep kan mogelijk bruikbaar zijn voor vroegtijdige interventie.

Daarnaast kan een mogelijke relatie tussen opvoedstijl en de ontwikkeling van pestgedrag aanleiding geven tot het vroegtijdig ondersteunen van ouders in de opvoeding.

6.3. Samenvatting van de literatuur

6.3.1. *Agressief of externaliserend gedrag voor het vierde jaar en de relatie met opvoedstijl en pestgedrag*

Er zijn vrijwel geen onderzoeken gevonden die expliciet pestgedrag onderzoeken bij kinderen jonger dan 4 jaar. Wel zijn er onderzoeken die ingaan op agressief gedrag bij kinderen onder de 4 jaar en de relatie met agressief en pestgedrag op latere leeftijd. In enkele onderzoeken is ook ingegaan op de relatie tussen de opvoedstijl bij kinderen op jonge leeftijd en de ontwikkeling van pestgedrag op latere leeftijd.

Agressief of externaliserend gedrag bij kinderen onder de 4 jaar omvat de volgende kenmerken: 1) duwen, trekken, slaan, schoppen, gooien; 2) dingen afpakken; 3) weigeren te delen; 4) met woorden iemand proberen te kwetsen (Ensor, Marks, Jacobs & Hughes, 2010).

Dergelijke agressieve gedragingen kunnen onderdeel zijn van een normale ontwikkelingsfase. Jonge kinderen kunnen agressief gedrag vertonen en ouders kunnen hun kinderen leren om het agressieve gedrag te begrenzen. Als dat proces verstoord is, kan er sprake zijn van externaliserend en agressief probleemgedrag. Uit het Nederlandse TRAIL-onderzoek kwam naar voren dat door de JGZ vastgesteld externaliserend gedrag voor de leeftijd van 4 jaar tijdens de adolescentie vaker (OR = 1,69) samengaat met een sociale status die kan worden getypeerd als 'sociaal afgewezen' (Jaspers, 2012).

In een onderzoek van Barker werden 1970 kinderen vanaf de leeftijd van 17 maanden gevolgd (Barker et al., 2008). Zowel opvoedstijl van de ouders als agressie en pestgedrag werden in kaart gebracht op verschillende meetmomenten tot de leeftijd van 7 jaar. De resultaten gaven aan dat kinderen die op jonge leeftijd agressief gedrag vertoonden, op latere leeftijd vaker andere kinderen pesten. Daarnaast lieten de resultaten zien dat kinderen waarbij door de ouders op jonge leeftijd een autoritaire opvoedstijl wordt gehanteerd, vaker op latere leeftijd andere kinderen pesten. Een autoritaire opvoedstijl kenmerkt zich door veel regels. Hierbij is de ouder de baas en dient het kind vooral te gehoorzamen. Indien het kind niet gehoorzaamt, krijgt het straf, al dan niet op een agressieve manier toegepast. Autoritaire ouders leggen de regels niet uit en geven geen ruimte voor discussie.

Vergelijkbare resultaten werden gevonden in een studie van Olson. In deze prospectieve studie werden 199 kinderen op 3- en 5-/6-jarige leeftijd onderzocht. De resultaten laten zien dat kinderen die op 3-jarige leeftijd agressief gedrag vertoonden, ook vaker op 5-/6-jarige leeftijd dit agressieve gedrag vertoonden. Daarnaast kwam uit het onderzoek naar voren dat kinderen op 6-jarige leeftijd vaker pestten als zij ouders hadden die op 3-jarige leeftijd lichamelijk straffen en minder genegenheid toonden (Olson, Lopez-Duran, Lunkenheimer, Chang & Sameroff, 2011).

Onderzoek laat zien dat agressief gedrag naar broertjes of zusjes binnen het gezin op jonge leeftijd samengaat met meer pestgedrag op latere leeftijd. Ensor onderzocht het antisociale gedrag van 99 kinderen op 3- en vervolgens op 6-jarige leeftijd. Kinderen die zich op 3-jarige leeftijd antisociaal naar andere kinderen in hun gezin gedroegen, waren vaker betrokken bij pestgedrag op 6-jarige leeftijd (Ensor et al., 2010). Met name door de kinderen waarbij het antisociale gedrag naar broertjes of zusjes stabiel bleef of zelfs vergrootte, werden andere kinderen buiten het gezin vaker gepest of buitengesloten.

Bennett et al. onderzochten of externaliserend gedrag zoals agressie en pesten op 4- en 5-jarige leeftijd voorspelbaar is voor gedragsproblemen 30 maanden later (Bennett et al., 1999). Zij concludeerden dat er een

duidelijk verband is tussen agressie op jonge leeftijd en daaropvolgende gedragsproblemen 30 maanden later, maar dat dit voor screening niet geschikt is omdat de voorspellende waarde te laag is.

6.4. Conclusies

| Niveau | Conclusie | Literatuur |
|--------|--|--|
| 4 | Er zijn geen studies die onderzoeken in welke mate pesten voorkomt bij 0- tot 4-jarigen. | <i>D. Ontwikkelaars richtlijn</i> |
| 2 | Het is aannemelijk dat agressief gedrag bij kinderen jonger dan 4 jaar een grotere kans geeft op pestgedrag op latere leeftijd. | <i>B. Barker, 2008 B. Olson, 2011 B. Ensor, 2010</i> |
| 2 | Het is aannemelijk dat een autoritaire opvoedstijl bij kinderen jonger dan 4 jaar een grotere kans geeft op pestgedrag van deze kinderen op latere leeftijd. | <i>B. Barker, 2008 B. Olson, 2011</i> |

6.5. Overige overwegingen

- Het is bij excessief of afwijkend agressief gedrag op jonge leeftijd raadzaam om opvoedingsondersteuning te adviseren, ook als ouders vragen hebben over hoe daarmee om te gaan of als daar mogelijk geen pestgedrag op latere leeftijd uit voort zal komen.
- De ontwikkelaars constateren dat sommige kinderen vanwege hun excessief agressieve gedrag van de kinderopvang af moeten.
- In de jonge leeftijdsgroep (< 4 jaar) is informatie van peuterspeelzalen en kinderopvang een goede bron voor de JGZ om gedragsproblematiek beter in kaart te brengen. Wegens de grote diversiteit in werkwijze kan deze informatie mogelijk via een ZAT of CJG verkregen worden of dient de JGZ zelf contact te leggen met deze partijen.
- Als ouders een bepaalde opvoedstijl hebben – bijvoorbeeld een autoritaire opvoedstijl met gebruik van veel agressie – is er extra aandacht nodig. In de richtlijn Opvoedingsondersteuning (2014) staan wel instrumenten die dit uitvragen, maar deze worden wisselend gebruikt. In de JGZ wordt altijd wel een inschatting gemaakt van de opvoedstijl, maar niet gestandaardiseerd. Aanbevolen wordt om bij agressief gedrag van het kind de opvoedstijl uit te vragen, waarbij de richtlijn Opvoedingsondersteuning wordt gevolgd.

6.6 Aanbevelingen

16. Universele preventie dient tijdens alle contactmomenten in de JGZ te worden ingezet in de vorm van oudervoorlichting en ondersteuning gericht op normalisering. Alle ouders worden gewezen op de risico's van het agressief benaderen van hun kind en/of het autoritaire opvoeden op de ontwikkeling van probleemgedrag (pesten, gepest worden, onzeker worden) bij het kind.

17. Aandacht voor agressief gedrag van kinderen is nodig in de contactmomenten 0-4 jaar.

18. De JGZ dient bij signalering van problemen op het gebied van agressie in kaart te brengen welke opvoedstijl(en) ouders hanteren en zo nodig opvoedondersteuning – bijv. Triple P – aan te bieden. Hierbij wordt gebruikgemaakt van de richtlijn Opvoedingsondersteuning, waarin ook kan worden nagegaan welke ondersteuning passend is.

19. De JGZ dient gebruik te maken van informatie van peuterspeelzalen en kinderopvang bij de zorg rondom gedragsproblematiek in de jonge leeftijdsgroep (< 4 jaar). Waar beschikbaar kan informatie via het ZAT of het CJG verkregen worden.

20. Nader onderzoek in de jonge leeftijdsgroep (< 4 jaar) is nodig om het verband tussen agressief gedrag en later pestgedrag te onderzoeken. Mogelijk kan dit via het leerlingvolgsysteem worden onderzocht, door te kijken of kinderen die op latere leeftijd pestgedrag vertonen al op jongere leeftijd gedragsproblemen hadden.

7. Effectiviteit van school- en klasprogramma's ter preventie van pesten

7.1. Uitgangsvraag

Welke (evidencebased) instrumenten, methoden en programma's voor collectieve preventie van pesten zijn geschikt voor gebruik door de JGZ en haar ketenpartners, gelet op kwaliteit, toepasbaarheid en effectiviteit?

7.2. Inleiding

Internationaal zijn er diverse antipestprogramma's voor scholen ontwikkeld. Ook in Nederland zijn diverse antipestprogramma's ontwikkeld, veelal gebaseerd op succesvolle internationale programma's. Een aantal van de in Nederland beschikbare programma's is wetenschappelijk onderzocht op effectiviteit. In het onderstaande wordt een beeld geschetst van de effectiviteit van deze programma's. Het betreft hier de volgende programma's:

| Programma | Leeftijdsgroep | Gericht op |
|------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| KiVa | 4-12 jaar | Schoolbreed antipestbeleid |
| PRIMA | 4-12 jaar | Schoolbreed antipestbeleid |
| Kanjertraining | 4-16 jaar | Klas: sociale weerbaarheid |
| PAD | 4-12 jaar | Klas: sociaal-emotioneel lesprogramma |
| Taakspel | 6-12 jaar | Klas: verbetering klassenklimaat |

7.3. Samenvatting van de literatuur

7.3.1 KiVa

Het KiVa-programma (KiVa betekent 'leuk' in het Fins) is 'vooral gericht op de omstanders van pesten. Het idee achter het programma is dat pesten in stand gehouden wordt wanneer omstanders het pestgedrag niet afkeuren of zelfs aanmoedigen. KiVa heeft daarom als doel juist de houding van omstanders te beïnvloeden: als zij laten zien dat ze tegen het pesten zijn en het slachtoffer steunen, zal het pestgedrag afnemen' (Van Rooijen, 2010).

Het KiVa-programma (Huitsing & Veenstra, 2012b) is theoretisch goed onderbouwd en omvat onder andere een lesprogramma voor de leerlingen van groep 5 en 6, een training voor de docenten, een handleiding voor het omgaan met pestincidenten en een informatiefolder voor de ouders.

In een onlangs gepubliceerde RCT (randomized control trial) waarin het KiVa-programma onder 78 scholen en 8237 leerlingen (10-12 jaar) grootschalig in Finland werd geëvalueerd, bleek dit programma het gepest worden te reduceren. Aan het eind van het schooljaar was op de interventiescholen het gepest worden gereduceerd met 30% en het pesten met 17% in vergelijking met de controlescholen (Kärnä et al., 2011). Daarnaast had het KiVa-programma gunstige effecten op de omstanders: zij assisteerden de pester minder en moedigden de pester minder aan. Verder gaf het programma positieve effecten op de schoolbeleving van de leerlingen te zien.

In Nederland is het KiVa-antipestprogramma in 2012 geïntroduceerd door de Rijksuniversiteit Groningen en wordt momenteel een effectonderzoek uitgevoerd in samenwerking met een aantal partners uit de onderwijspraktijk (<http://www.kivaschool.nl>).

7.3.2. PRIMA

De PRIMA-methode (PRIMA staat voor proefimplementatie antipestbeleid) is een schoolbreed programma met antipestmaatregelen op schoolniveau, groepsniveau en individueel niveau (<http://www.veiligheid.nl/projecten-en-campagnes/prima-de-effectieve-aanpak-van-pest-en-op-basisscholen>). Scholen en docenten worden gedurende een periode van twee jaar getraind en begeleid door een daartoe opgeleide PRIMA-trainer. Zowel leerkrachten als leerlingen als ouders worden betrokken bij het programma. Het doel is om hierbij te komen tot een langdurig antipestbeleid dat wordt opgenomen in het algemene beleid van de school. In een quasi-experimenteel onderzoek (met een pre- en posttest en een controlegroep) onder 49 scholen is de effectiviteit van PRIMA onderzocht. Uit dit effectonderzoek bleek dat PRIMA na één jaar zorgde voor een afname van gepest worden (slachtofferschap) (Dorst van et al., in voorbereiding). Deze effecten waren groter voor kinderen

in groep 6 (Cohen's $d = 0,24$) dan in groep 7 en 8 (Cohen's $d = 0,04$). Na twee jaar was dat effect verdwenen, omdat de controlegroep een vergelijkbare daling liet zien. Voor pesten (daderschap) bleken de effecten na één en twee jaar niet aantoonbaar: in de interventiegroep en controlegroep nam het pesten in gelijke mate af. Hiervoor is een aantal mogelijke verklaringen. Een belangrijke verklaring is waarschijnlijk dat de controlescholen vergelijkbare antipestactiviteiten gingen ontplooiën. Het onderzoek heeft laten zien dat het pesten op zowel de PRIMA-scholen als de controlescholen flink is gedaald. Omdat deze reductie op basis van het natuurlijke verloop niet te verwachten valt, kan de daling mogelijk aan de antipestactiviteiten op de scholen in beide groepen worden toegeschreven.

De Erkenningscommissie Interventies – deelcommissie Jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering – heeft de PRIMA-methode als 'waarschijnlijk effectief' erkend.

7.3.3. Kanjertraining

Het programma Kanjertraining, dat zowel in klassen op scholen wordt gegeven als na schooltijd voor groepen individuele leerlingen en hun ouders, heeft tot doel sociaal vaardig gedrag te stimuleren, sociale problemen zoals pesten, conflicten, uitsluiting en sociaal teruggetrokken gedrag te voorkomen of te verminderen en het welbevinden te vergroten bij kinderen en jongeren (<http://www.kanjertraining.nl>).

De Kanjertraining is bedoeld voor kinderen die thuis en/of op school 'niet lekker in hun vel zitten'. Het belangrijkste doel van de Kanjertraining is dat een kind positief over zichzelf en de ander leert denken. Als gevolg hiervan heeft het kind minder last van sociale stress. Het programma is bedoeld voor kinderen en jongeren die in meer of mindere mate problemen hebben in de omgang met anderen en voor hun klasgenoten. De Kanjertraining wordt om de week gegeven in gemiddeld 10 lessen van 1,5 uur (per schooljaar). De methode bestaat uit het oefenen van sociale vaardigheden, het discussiëren over morele dilemma's en sociale cognities, rollenspelen met behulp van vier petten en vertrouwens oefeningen. De petten staan voor vier typen gedrag of copingstrategieën (Vliek, 2010).

In Nederland is één gecontroleerde trial uitgevoerd naar de effectiviteit van dit programma (Vliek & Orobio de Castro, 2010). In deze studie ($n = 237$; gemiddelde leeftijd: 9,9-10,4 jaar) onder 11 basisscholen met problematische klassen werd de training gegeven door een ervaren psycholoog. In de controlegroep werd geen interventie gedaan, maar werden alleen de vragenlijsten ingevuld, op hetzelfde moment als in de interventiegroep. De onderzochte uitkomsten betroffen positieve sociale interactie, emotioneel welbevinden, depressieve gedachten, agressief gedrag, mate van ervaren sociale acceptatie, relatie met de leerkracht en gevoel van eigenwaarde. De effectgroottes (Cohen's d) variëren van circa 0,15 tot 0,35. Gunstiger effecten werden verkregen wanneer deze werden berekend voor de 25% leerlingen met de laagste beginscores voor de genoemde uitkomsten. In dat geval varieerden de effectgroottes van 0,33 tot 0,78, waarbij de sterkste effecten werden gemeten voor depressieve gedachten, mate van ervaren sociale acceptatie, gevoel van eigenwaarde en positieve sociale interactie. De berekende effectgroottes zijn waarschijnlijk wat kleiner omdat geen rekening is gehouden met cluster effecten. In hoeverre de interventie specifiek leidde tot minder pesten of beter omgaan met pesten kan uit de beschreven studieresultaten niet worden afgeleid.

7.3.4. PAD

Het Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD) is een programma om de sociaal-emotionele ontwikkeling te stimuleren van kinderen van 4 tot 12 jaar in het regulier en speciaal basisonderwijs (Deniz Ince, 2010). PAD is een vertaling en bewerking van het Amerikaanse leerplan 'Promoting Alternative Thinking Strategies' (PATHS). Dit programma is door de NJi Erkenningscommissie Interventies beoordeeld als 'waarschijnlijk effectief'.

Internationaal onderzoek laat duidelijk positieve effecten van het PATHS-programma zien. Uit divers evaluatieonderzoek bij ruim 8000 kinderen uit verschillende onderwijssettings (zowel in het regulier basisonderwijs en het speciaal onderwijs als bij dove kinderen) kwam naar voren dat bij jongeren die PATHS gevolgd hadden de sociale en emotionele competentie verbeterden en dat agressie en depressieve klachten juist afnamen in vergelijking met de controlegroep (Deniz Ince, 2010).

In Nederland is PAD ook onderzocht op effectiviteit. Hiertoe werden 1350 leerlingen en hun leerkrachten betrokken uit 9 experimentele en 9 controlescholen. Bij de 323 leerlingen van de kleuterklassen uit deze onderzoeksgroep werden positieve effecten gevonden op het gebied van emotiebegrip en prosociaal gedrag en sociale relaties tussen leerlingen (Gooren et al., (ingediend voor publicatie)).

7.3.5. Taakspel

Het doel van Taakspel is het creëren van een positief en veilig klassenklimaat, het bevorderen van taakgericht gedrag en het reduceren van regelovertredend gedrag (Van Lier, Muthen, Van der Sar & Crijnen, 2004).

Taakspel is niet ontwikkeld als antipestprogramma, maar kan door verbetering van het klassenklimaat wel het

risico op pesten reduceren. Het programma is geschikt voor groep 3 t/m 8 van de basisschool en richt zich op alle leerlingen van de klas.

In het programma werken kinderen in kleine groepjes samen, waarbij zij zich zo goed mogelijk aan positief gestelde regels dienen te houden. Taakspel wordt door de leerlingen meerdere keren per week gespeeld gedurende het hele schooljaar.

Effectonderzoek laat zien dat Taakspel gedragsproblemen bij kinderen vermindert in vergelijking met een controlegroep. Daarnaast verbeterde het programma de sociale relaties tussen leerlingen, ontstond er een grotere mate van sociale acceptatie en kwamen er meer wederzijdse vriendschappen.

7.3.6. Overige beschikbare programma's

Naast de hierboven genoemde vier programma's is er nog een aantal programma's of methoden beschikbaar in Nederland. Het is mogelijk dat deze methoden werkzaam zijn in het voorkomen of terugdringen van pestgedrag, maar hiernaar is geen wetenschappelijk onderzoek verricht. Het betreft hier onder andere de programma's: 1) De Vreedzame School; 2) het Marietje Kessels Project; 3) de Vijfsporenaanpak van Bob van der Meer.

Het programma van De Vreedzame School (<http://www.devreedzameschool.nl>) kan een rol spelen in het voorkomen van pesten op scholen. Doelen van dit programma zijn 1) het nastreven van een positief sociaal klimaat, 2) iedereen in school leren om constructief om te gaan met conflicten, en 3) kinderen meer (sociale) verantwoordelijkheid geven in klas en school. Het hart van De Vreedzame School wordt gevormd door een lessenserie die bestaat uit een wekelijkse les of activiteit in alle groepen (van groep 1 t/m 8) van 30 tot 45 minuten. Er zijn nog geen effectstudies naar De Vreedzame School afgerond. Indicaties dat het programma effectief is komen vooral uit de zogeheten Veiligheidsthermometer. In de stad Utrecht wordt jaarlijks de veiligheidsbeleving op scholen nagegaan via de Veiligheidsthermometer, een vragenlijst voor leerlingen en leerkrachten. Uit deze jaarlijkse metingen komt naar voren dat op scholen waar het programma De Vreedzame School wordt uitgevoerd het verbale of fysieke geweld alsmede het gepest worden verminderen in vergelijking met scholen die het programma niet doen. Er zijn echter geen duidelijke effectgroottes gepubliceerd.

Het Marietje Kessels Project is beoordeeld als een theoretisch goed onderbouwd programma, hetgeen impliceert dat het goed beschreven is en aannemelijk is dat met dit programma het gestelde doel kan worden bereikt (Deelcommissie Jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering). Het gestelde doel betreft in dit project het vergroten van de fysieke en mentale weerbaarheid van leerlingen in de hoogste twee groepen van het basisonderwijs. Er is één quasi-experimentele studie uitgevoerd naar de effectiviteit van het Marietje Kessels Project (Van der Vegt, Diepeveen, Klerks, Voorpostel & De Weerd, 2001). Op basis van de respons van de kinderen is geconcludeerd dat het aantal slachtoffers van pesten en schelden niet is afgenomen, terwijl ook de vragen over dadergedrag geen duidelijke ontwikkeling laten zien. Volgens de leerkrachten zou het pesten echter wel zijn afgenomen (Van der Vegt et al., 2001). Er zijn geen RCT's gevonden waarin onderzoek is gedaan naar de effectiviteit van het Marietje Kessels Project.

De Vijfsporenaanpak is ontwikkeld door Bob van der Meer en omvat een antipestbeleid voor scholen. De Vijfsporenaanpak is gericht op de verschillende partijen die betrokken zijn bij pesten: het gepeste kind, de pester, de ouders, de klasgenoten en de leerkrachten.

De verschillende aandachtspunten zijn:

- de algemene verantwoordelijkheid van de school;
- steun bieden aan het kind dat gepest wordt;
- steun bieden aan het kind dat zelf pest;
- de middengroep (de rest van de klas) betrekken bij de oplossingen van het pestprobleem;
- de ouders van het gepeste en het pestende kind steunen.

Er is geen wetenschappelijk onderzoek verricht naar de effectiviteit van de Vijfsporenaanpak.

7.3.7 Effectieve componenten van antipestprogramma's

Farrington & Ttofi hebben in een systematische review de effectiviteit van een groot aantal antipestprogramma's onderzocht (Farrington & Ttofi, 2009). Hierbij hebben zij ook in kaart gebracht welke programma-elementen belangrijk zijn voor het effectief voorkomen of verminderen van pestgedrag. Farrington & Ttofi concluderen het volgende. De belangrijkste programma-elementen die waren gecorreleerd met een afname van pesten waren:

- Oudertraining/bijeenkomsten voor ouders (dit bestond bijvoorbeeld uit informatieavonden, educatieve presentaties voor ouders of vergaderingen met de leerkracht, waarin ouders informatie kregen over initiatieven rondom pesten op school).
- Verbeterd toezicht op het schoolplein.
- Disciplinerende methoden.
- Classroom-management (klasbeheer; het gaat hier om technieken die binnen de klas toegepast kunnen worden om pestgedrag op te sporen en aan te pakken).
- Training van leerkrachten.
- Klassikale regels tegen pesten.
- Schoolbeleid tegen pesten.
- Schoolbrede bijeenkomsten over pesten.
- Informatie voor ouders (folders over pesten e.d.)
- Coöperatief groepswerk (hierbij gaat het om de samenwerking tussen verschillende professionals (meestal tussen leerkrachten en andere professionals) in het werken met kinderen die pesten en kinderen die gepest worden).

Uit het onderzoek bleek verder dat programma's meer effect hadden als zij een groter aantal van deze elementen omvatten, langer duurden en intensiever werden uitgevoerd.

Uitleg elementen:

- *Oudertraining/bijeenkomsten voor ouders*

Informatieavonden, educatieve presentaties voor ouders of vergaderingen met de leerkracht waarin ouders informatie krijgen over initiatieven rondom pesten op school.

- *Verbeterd toezicht op het schoolplein*

Extra toezicht op 'hotspots' en 'hot-times', pesten komt meer voor tijdens het speelkwartier en de lunch.

- *Disciplinerende methoden*

Straffen toepassen bij een pestproblemen (grenzen stellen); vaak gaat dit in combinatie met niet-straffende methoden.

- *Classroom-management*

Technieken die binnen de klas toegepast kunnen worden om pestgedrag op te sporen en aan te pakken.

- *Training van leerkrachten*

Cursus, workshop of training gericht op kennis van en vaardigheden voor het opsporen en aanpakken van pestgedrag.

- *Klassikale regels tegen pesten*

Gebruik van regels tegen pesten die de leerlingen moeten opvolgen. Bij het opstellen van de regels kunnen de leerlingen betrokken worden. Ook kunnen de regels zichtbaar in de klas worden opgehangen.

- *Schoolbeleid tegen pesten*

Een formeel antipestbeleid op de school.

Schoolbrede bijeenkomsten over pesten

Voorlichting over pesten geven aan de leerlingen. Als vooraf een vragenlijst over pesten wordt afgenomen, kan in deze bijeenkomst toegelicht worden hoe vaak pesten voorkomt op de school.

- *Informatie voor ouders*

Folders over pesten, verwijzen naar websites.

- *Coöperatief groepswerk*

Hierbij gaat het om de samenwerking tussen verschillende professionals (meestal tussen leerkrachten en andere professionals) in het werken met kinderen die pesten en kinderen die gepest worden

Op www.pestweb.nl staan praktische tips en adviezen voor de invulling van deze elementen, zoals een overzicht van beschikbare trainingen voor leerkrachten, een protocol voor cyberpesten en informatie voor ouders.

7.4 Conclusies

In Nederland is voor scholen een aantal programma's beschikbaar die nationaal of internationaal zijn geëvalueerd op effectiviteit. Het KiVA-programma en de PRIMA-methode zijn zogenaamde schoolbrede programma's, die zich richten op de gehele school. Voor de PRIMA-methode zijn in Nederlands onderzoek enkele positieve effecten gevonden op pestgedrag, voor het KiVA-programma zijn in Finland zeer positieve effecten gevonden op pestgedrag.

Daarnaast zijn er programma's beschikbaar op het niveau van de klas. Dit betreft onder andere de Kanjertraining, het PAD-leerplan en Taakspel. Dit zijn minder uitgebreide interventies dan de schoolbrede programma's en ze bestaan vooral uit een curriculum voor de leerlingen op het niveau van de klas. Kanjertraining, PAD of Taakspel kan worden ingezet als men een probleem binnen een klas wil aanpakken. Voor de Kanjertraining zijn onder andere gunstige effecten gevonden op de positieve sociale interactie tussen leerlingen. Voor het PAD-leerplan zijn met name in internationaal onderzoek gunstige effecten van het programma gevonden op verschillende emotionele en gedragsuitkomstmaten. Voor Taakspel zijn gunstige effecten gevonden op het verminderen van gedragsproblemen en het vergroten van de positieve sociale interactie in de klas.

In Nederland beschikbare effectieve programma's voor scholen.

| Niveau | Conclusie | Literatuur |
|--------|---|--|
| 3 | Het KiVa-programma is een schoolbreed antipestprogramma. Uit onderzoek komt naar voren dat KiVa waarschijnlijk positieve effecten heeft op het gebied van het verminderen van pesten en gepest worden, en positieve effecten op het meeloopedrag van de omstanders en op de schoolbeleving van de leerlingen. | <i>Kärnä, 2011*</i> |
| 3 | De PRIMA-methode is een schoolbreed antipestprogramma. Het is aannemelijk dat PRIMA positieve effecten heeft op het aantal gepeste leerlingen na 1 jaar. | <i>Dorst (in voorbereiding)</i> |
| 3 | De Kanjertraining is een programma voor klassen of groepen leerlingen. Effectonderzoek laat zien dat het aannemelijk is dat de Kanjertraining gunstige effecten heeft op depressieve gedachten, de mate van ervaren sociale acceptatie, het gevoel van eigenwaarde en positieve sociale interactie. | <i>A.2. Vlieg & Orobio de Castro, 2010</i> |
| 3 | Het PAD-leerplan is een lesprogramma voor de basisschool voor de sociaal-emotionele ontwikkeling. Effectonderzoek laat zien dat het aannemelijk is dat het PAD-leerplan gunstige effecten heeft op de sociale en emotionele competentie en op agressie en depressieve klachten. | <i>Ince, 2010*</i> |
| 2 | Het Taakspel is een interventie die zich richt op alle leerlingen van de klas. Het is aannemelijk dat het Taakspel zorgt voor vermindering van de gedragsproblemen en verbetering van de sociale relaties in de klas. | <i>B. Witvliet, 2009 B. Lalonge, 2001</i> |

** Internationale studies zijn meegenomen in de beoordeling.*

Effectieve componenten van antipestprogramma's.

| | | |
|---|--|---|
| 2 | Effectieve componenten van antipestprogramma's zijn onder andere: <ul style="list-style-type: none"> • - Oudertraining/bijeenkomsten voor ouders. • - Verbeterd toezicht op het schoolplein. • - Disciplinerende methoden. • - Classroom-management (klasbeheer). Het gaat hier om technieken die binnen de klas toegepast kunnen worden om pestgedrag op te sporen en aan te pakken. • - Training van leerkrachten. • - Klassikale regels tegen pesten. | <i>A2. Farrington & Ttofi, 2009</i> |
|---|--|---|

| | | |
|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • - Schoolbeleid tegen pesten. • - Schoolbrede bijeenkomsten over pesten. • - Informatie voor ouders (bv. folders over pesten). | |
|--|---|--|

7.5 Overige overwegingen

- Er zijn verschillende antipestprogramma's voor scholen beschikbaar die niet zijn onderzocht op effectiviteit. Het is mogelijk dat deze methoden werkzaam zijn in het voorkomen of terugdringen van pestgedrag, maar hiernaar is geen wetenschappelijk onderzoek verricht. Indien het mogelijk is om een effectief bevonden programma in te zetten, wordt dit verkozen boven het inzetten van een niet-onderzocht programma.
- Scholen zijn niet altijd bereid tot het inzetten van methodes of programma's, onder andere door tijd- en geldgebrek. Er is vaak behoefte aan snelle en directe informatievoorziening, bijvoorbeeld actuele en goede informatie over (online) beschikbare protocollen, lesmaterialen en filmpjes.
- Voor cyberpesten zijn geen specifieke interventieprogramma's beschikbaar, maar er is wel een protocol Cyberpesten. Dit is digitaal beschikbaar op www.pestweb.nl.

7.6. Aanbevelingen

21. De JGZ ondersteunt scholen bij het hebben van een antipestbeleid. Voor een effectief schoolbreed antipestbeleid kan het KiVa-programma of de PRIMA-methode worden ingezet.

22. Voor een minder uitgebreide schoolse effectieve interventie, op klassenniveau, kan de Kanjertraining, PAD of het Taakspel worden ingezet.

23. Als een school behoefte heeft aan praktische adviezen voor de praktijk, kan de JGZ checken of de volgende effectief bevonden componenten aanwezig zijn op de school en daar haar advies op afstemmen:

- oudertraining/bijeenkomsten voor ouders;
- verbeterd toezicht op het schoolplein;
- disciplinerende methoden;
- classroom-management /klasbeheer (technieken om in de klas pestgedrag op te sporen en aan te pakken);
- training van leerkrachten;
- klassikale regels tegen pesten;
- schoolbeleid tegen pesten;
- schoolbrede bijeenkomsten over pesten;
- informatie voor ouders (bv. folders over pesten).

24. De JGZ verwijst naar de website www.pestweb.nl voor meer informatie. Hier kunnen scholen zelf informeren naar mogelijkheden voor hun aanpak.

25. Meer onderzoek is nodig teneinde bestaande antipestprogramma's verder te ontwikkelen door de meest effectief gebleken elementen van interventieprogramma's te bundelen. Daarnaast is het nodig veel bestaande programma's op effectiviteit te onderzoeken met behulp van een experimentele onderzoeksopzet.

8. Effectiviteit van programma's voor individuele hulp aan gepesten en pesters (en hun ouders)

8.1. Uitgangsvraag

Welke (evidencebased) instrumenten, methoden en programma's voor individuele hulp aan pesters én aan gepesten (en hun ouders) zijn geschikt voor gebruik door de JGZ en haar ketenpartners, gelet op kwaliteit, toepasbaarheid en effectiviteit?

8.2. Inleiding

Er zijn diverse programma's in Nederland beschikbaar die een rol kunnen spelen bij hulp aan gepesten en pesters. De meeste interventies zijn primair gericht op het bevorderen van de sociale vaardigheden van leerlingen of gericht op het bevorderen van competent ouderschap. Alhoewel het hier om hulp aan het individu gaat, kan deze hulp worden aangeboden in groepsverband. De programma's waarvan de effectiviteit hier wordt besproken betreffen:

- Kanjertraining, Sta Sterk training en Plezier op school, alle drie primair gericht op leerlingen die onder meer problemen met pesten hebben ervaren.
- Minder boos en opstandig en Alles Kidzzz, beide gericht op kinderen met externaliserende gedragsproblemen.
- Triple P, een programma gericht op ouders in het kader van opvoedingsondersteuning.
- Parent Management Training Oregon (PMTO), bedoeld voor ouders van kinderen met externaliserend probleemgedrag.

Genoemde programma's worden door de NJi Erkenningscommissie Interventies beschouwd als theoretisch goed onderbouwd. Bijgaande tabel laat zien voor welke leeftijdsgroepen de verschillende programma's zijn bedoeld.

| Programma | Leeftijdsgroep | Gericht op |
|--------------------------|-----------------------|--|
| Kanjertraining | 4-16 jaar | Kinderen die sociaal kwetsbaarder zijn. |
| Sta Sterk training | 8-12 jaar | Kinderen die gepest worden en/of minder weerbaar zijn. |
| Plezier op school | 12-13 jaar | Kinderen in de overgang naar de middelbare school die gepest worden. |
| Minder boos en opstandig | 8-12 jaar | Kinderen met antisociale en agressieve gedragsproblemen. |
| Alles Kidzzz | 9-12 jaar | Kinderen met externaliserende gedragsproblemen. |
| Triple P | 0-16 jaar | Ouders met behoefte aan opvoedondersteuning. |
| PMTO | 4-12 jaar | Ouders met kinderen met gedragsproblemen. |

8.3. Samenvatting van de literatuur

8.3.1 Kanjertraining (ook beschreven in hoofdstuk 7)

Individuele leerlingen kunnen worden aangemeld voor een Kanjertraining bij hen in de regio.

Het programma Kanjertraining (<http://www.kanjertraining.nl>), dat zowel in klassen op scholen wordt gegeven als na schooltijd voor groepen individuele leerlingen en hun ouders, heeft tot doel sociaal vaardig gedrag te stimuleren, sociale problemen zoals pesten, conflicten, uitsluiting en sociaal teruggetrokken gedrag te voorkomen of te verminderen en het welbevinden te vergroten bij kinderen en jongeren.

De Kanjertraining is bedoeld voor kinderen die thuis en/of op school 'niet lekker in hun vel zitten'. Het belangrijkste doel van de Kanjertraining is dat een kind positief over zichzelf en de ander leert denken. Als gevolg hiervan heeft het kind minder last van sociale stress. Het programma is bedoeld voor kinderen en jongeren die in meer of mindere mate problemen hebben in de omgang met anderen en voor hun klasgenoten. De Kanjertraining wordt om de week gegeven in gemiddeld 10 lessen van 1,5 uur (per schooljaar). De methode bestaat uit het oefenen van sociale vaardigheden, discussiëren over morele dilemma's en sociale cognities, rollenspelen en vertrouwensoefeningen (Vliek, 2010).

In Nederland is één gecontroleerde trial uitgevoerd naar de effectiviteit van dit programma (Vliek & Orobio de Castro, 2010). In deze studie (n = 237; gemiddelde leeftijd: 9,9 - 10,4 jaar) onder 11 basisscholen met problematische klassen werd de training gegeven door een ervaren psycholoog. In de controlegroep werd geen interventie gedaan, maar werden alleen de vragenlijsten ingevuld, gelijktijdig met de interventiegroep. De onderzochte uitkomsten betroffen positieve sociale interactie, emotioneel welbevinden, depressieve gedachten, agressief gedrag, mate van ervaren sociale acceptatie, relatie met de leerkracht en gevoel van eigenwaarde. De effectgroottes (Cohen's d) variëren van circa 0,15 tot 0,35. Gunstigere effecten werden verkregen wanneer deze werden berekend voor de 25% leerlingen met de laagste beginscores voor de genoemde uitkomsten. In dat geval varieerden de effectgroottes van 0,33 tot 0,78, waarbij de sterkste effecten werden gemeten voor depressieve gedachten, mate van ervaren sociale acceptatie, gevoel van eigenwaarde en positieve sociale interactie. De berekende effectgroottes zijn waarschijnlijk wat kleiner, omdat geen rekening is gehouden met clustereffecten. In hoeverre de interventie specifiek leidde tot minder pesten of beter omgaan met pesten kan uit de beschreven studieresultaten niet worden afgeleid.

8.3.2. *Sta Sterk training*

Individuele kinderen kunnen worden aangemeld voor de Sta Sterk training (www.omgaanmetpesten.nl). De Sta Sterk training heeft als doel de sociale weerbaarheid van deelnemers te vergroten, zodat zij effectiever reageren op pestgedrag en de negatieve invloed ervan wordt beperkt, en de kennis van ouders op het gebied van pesten en het omgaan met hun kind te vergroten.

De interventie is bedoeld voor slachtoffers van pesten in de leeftijd van 8 tot 12 jaar. De doelgroep volgt regulier basisonderwijs en bestaat uit jongens en meisjes uit alle lagen van de bevolking. De intermediaire doelgroep wordt gevormd door ouders.

De Sta Sterk training is een interventie die bestaat uit 10 wekelijkse lessen van 75 à 90 minuten voor de kinderen en 2 bijeenkomsten voor de ouders. In de training staan 5 aandachtsgebieden centraal: lichaamstaal, assertiviteit, omgaan met emoties, sociale informatieverwerking en sociale vaardigheden. Kenmerkend voor de training zijn de zogenaamde Sta Sterk-punten: praktische handvatten voor sociaal weerbaar gedrag. Er wordt gewerkt met de metafoor van het stoplicht (verkeerslicht) om te verduidelijken wat agressief, assertief en subassertief gedrag is. Een van de belangrijkste ingrediënten van de training is het werken aan sterke lichaamstaal. Er wordt gebruikgemaakt van verschillende methoden, zoals het rollenspel, groepsgesprek, ontspanningsoefeningen en geven van feedback.

De effectiviteit van dit programma is nog niet bewezen. Wel is in 2012 in een beperkte doelgroep bij de Vrije Universiteit van Amsterdam een onderzoek naar de effectiviteit gestart. De Erkenningscommissie Interventies van het Nederlands Jeugdinstituut heeft het programma erkend als 'theoretisch goed onderbouwd'.

8.3.3 *Plezier op school*

Het programma Plezier op school (<http://www.plezieropschool.nl>) bevat een tweedaagse zomercursus op basis van cognitieve gedragstherapie aangevuld met ontspanningsoefeningen, elementen uit de Rationeel-Emotieve Therapie (RET) en psycho-educatie, en is bestemd voor aanstaande brugklassers die op de basisschool onder andere werden gepest (databank effectieve jeugdinterventies). De totale interventie bestaat uit een kennismakingsgesprek met ouder(s)/verzorger(s) en kind, een psycho-educatieve ouderbijeenkomst, de tweedaagse zomercursus, een evaluatief eindgesprek met de ouders en een terugkombijeenkomst voor de deelnemers na 6 weken.

Tot nu toe is er slechts één kwalitatief matige studie (n = 125; gemiddelde leeftijd: ca. 12 jaar) met een controlegroep uitgevoerd (Van Eeghen-Calism & Van der Molen, 2006). Het blijkt dat interventiegroep en controlegroep qua schooladvies tamelijk verschillend waren: in de controlegroep had 73% van de kinderen een gymnasium-, vwo- of vwo/havo-advies tegen 33% in de interventiegroep. Bij de nulmeting bleek de interventiegroep op alle vlakken meer problemen te hebben dan de controlegroep, wat echter niet is meegenomen in de analyse van de resultaten. Uit de studie komt verder naar voren dat emotionele problemen bij kinderen die de cursus hadden gevolgd 2 maanden na de cursus meer waren afgenomen dan bij de controlegroep (T = -2,44; p = 0,018). Ook het hebben van problemen met leeftijdsgenoten was in de interventiegroep meer afgenomen (T = -4,16; p < 0,001). Sociale angst, gemeten door middel van de Sociale Angstschaal voor Kinderen, verminderde bij de cursisten significant meer dan bij de controlegroep (T = -3,70; p < 0,001). Ook de totale problemen, gemeten met behulp van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (T = -2,48; p = 0,015), verminderden. Kinderen uit de interventiegroep voelden zich ook minder slachtoffer van pesterijen, gemeten met de Klasgenoten Relatie Vragenlijst, in vergelijking met de controlegroep (T = -4,82; p < 0,001). Daarnaast namen de sociale problemen, gemeten door middel van de Child Behavior Checklist, significant meer af in de interventiegroep (T = -4,78; p < 0,001).

De effectiviteit van dit programma is nog niet onderzocht in een gerandomiseerde, gecontroleerde studie. In 2009 is met dit doel een RCT-onderzoek gestart door de Universiteit Utrecht onder leiding van prof. dr. M.A.G van Aken. In 2013 zullen de resultaten hiervan waarschijnlijk bekend zijn.

8.3.4. *Minder boos en opstandig*

Minder boos en opstandig is een programma dat zich richt op kinderen met antisociale en agressieve gedragsproblemen. Het programma omvat zowel een oudertraining in opvoedingsvaardigheden als een kindtraining in sociale probleemoplossingsvaardigheden. Doel van het programma is om het prosociale gedrag te doen toenemen en het antisociale gedrag te doen afnemen. Het programma is geschikt voor kinderen van 8 tot 12 jaar. Zowel de ouders als de kinderen volgen de training afzonderlijk in groepsverband gedurende 18 bijeenkomsten. Het programma kan onder andere worden gegeven door pedagogen, psychologen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers.

De oudertraining gaat onder andere in op het aanbrengen van orde en structuur, het geven van effectieve instructies, het versterken van positief gedrag en het omgaan met ongewenst gedrag. De kindtraining richt zich onder andere op het (h)erkennen van gevoelens, probleemoplossende vaardigheden en sociale vaardigheden. Een effectonderzoek – waarbij de controlegroep ook een interventie in de vorm van ‘care as usual’ kreeg – toonde aan dat het probleemgedrag verminderde en het prosociale gedrag verbeterde. In de interventiegroep was dit effect het sterkst. Met name de openlijke agressie verminderde na de behandeling (Cohen’s $d = 0,49$) en 6 maanden later (Cohen’s $d = 0,42$). Bij de moeders was er een grotere toename in positieve betrokkenheid en consistente disciplineren (Van de Wiel et al., 2007; Van de Wiel, Hoppe & Matthys, 2005).

8.3.5 *Alles Kidzzz*

Alles Kidzzz is een individuele interventie voor basisschoolleerlingen met externaliserende gedragsproblemen. Het is een geïndiceerde preventie om te voorkomen dat kinderen later een gedragsstoornis ontwikkelen. Leerlingen worden door de leerkracht in overleg met de ouders aangemeld voor de training, die vervolgens individueel en op maat wordt aangeboden. De training richt zich op 9- tot 12-jarigen en bestaat uit 8 sessies van 45 minuten. Kinderen leren onder andere na te denken over de bedoelingen van andere kinderen, woede te reguleren en assertief in plaats van agressief te handelen. Daarnaast wordt geoefend in het opbouwen van een positief zelfbeeld en sociaal gedrag.

Door middel van een RCT is de effectiviteit van Alles Kidzzz onderzocht. Resultaten geven aan dat de kinderen die het programma Alles Kidzzz volgden significant minder agressief waren geworden, volgens het kind zelf ($d = 0,21$), de leerkracht ($d = 0,28$) en de moeders ($d = 0,32$). Daarnaast hadden de kinderen na de training een positiever zelfbeeld ($d = 0,49$) en stonden ze minder positief tegenover agressie ($d = 0,15$) (Goossens, Vermande & Van de Meulen, 2012).

8.3.6 *Triple P*

Triple P is een methode waarin ouders een positieve opvoedstijl aanleren. Doel is om hiermee gedragsproblemen bij de kinderen te verminderen (<http://www.triplep-nederland.nl>).

Triple P is een laagdrempelig, integraal programma met als doel emotionele en gedragsproblemen bij kinderen te voorkomen door het aanleren van opvoedvaardigheden.

Triple P leert ouders:

- Een positieve opvoedstijl.
- Beter omgaan met moeilijk gedrag van kinderen.
- Betere communicatie tussen ouder en kind in alledaagse situaties

Het programma is toepasbaar in de hele keten van opvoedingsondersteuning, van kinderopvang, Centra voor Jeugd en Gezin en opvoedbureaus tot jeugdhulp. Het programma komt van oorsprong uit Australië. In 2004 werd het voor het eerst in Nederland gebruikt. Inmiddels wordt de opvoedmethode al in 165 gemeenten in Nederland aangeboden.

Het programma Triple P is bedoeld voor ouders met kinderen van 0 tot 16 jaar. Er zijn vijf verschillende interventies (De Graaf, Onrusta, Havermana & Janssens, 2009; De Graaf, Speetjens, Smit, De Wolff & Tavecchio, 2008; de Graaf, 2009):

1. *Universele Triple P*: voorlichting en informatie via de media en andere informatiebronnen voor ouders die erin geïnteresseerd zijn hoe ze de ontwikkeling van hun kind het beste kunnen bevorderen.
2. *Selectieve Triple P*: korte individuele gesprekken over de ontwikkeling en het gedrag van kinderen voor ouders met specifieke zorgen over gedrag en/of ontwikkeling van hun kind.
3. *Primary Care Triple P*: gericht advies of vaardigheidstraining bij specifieke zorgen over het gedrag en/of de ontwikkeling van het kind.
4. *Standard Triple P*: training in opvoedingsvaardigheden bij ernstige gedragsproblemen van het kind.
5. *Enhanced Triple P*: gezinsinterventie bij ernstige gedragsproblemen gecombineerd met overige gezinsproblemen.

Voor zover het interventies gericht op *individuele hulp* aan ouders van pesters of van gepesten betreft, zijn met name de interventies 2, 3 en 4 relevant.

In de loop der jaren zijn extra modules ontwikkeld voor specifieke doelgroepen. Hieronder vallen bijvoorbeeld programma's voor ouders van tieners (Tiener Triple P), ouders met kinderen met een ontwikkelingsstoornis of handicap (Stepping Stones), ouders die moeite hebben om hun eigen woede te hanteren en/of denken dat hun kind expres ongewenst gedrag laat zien (Wegwijzer Triple P), werkende ouders (Workplace Triple P), Aboriginal

ouders (Indigenous Triple P), aanstaande ouders (Baby Triple P), ouders van kinderen met overgewicht (Lifestyle Triple P) en ouders die uit elkaar gaan of nieuw samengestelde gezinnen (Transitions Triple P). Daarnaast is een deel van het werkmateriaal in meerdere talen beschikbaar, zoals in het Berbers, Turks, Arabisch en Papiamento (voor Antilliaanse ouders).

In Nederland is tot heden één studie (De Graaf et al., 2009) uitgevoerd om de toepasbaarheid en werkzaamheid van Primary Care Triple P (corresponderend met niveau 3 Triple P) te onderzoeken. In dit onderzoek werd Primary Care Triple P vergeleken met de in de eerstelijnszorg gebruikelijke opvoedingsondersteuning. Beide interventies lieten significante reducties in emotionele en gedragsproblemen, zoals gemeten met de SDQ, van het kind zien; tussen beide interventies was er qua effectiviteit geen verschil. Een tweede Nederlandse studie (De Graaf, 2009) omvatte 4 deelonderzoeken en betrof in totaal 298 ouders. De leeftijd van hun kinderen was 7 tot 8 jaar. De onderzoeksopzet in 3 deelstudies was niet-vergelijkend, wel met een voor- en nameting. In 1 deelonderzoek was de onderzoeksopzet quasi-experimenteel. De interventie bij het eerste deelonderzoek liet bescheiden tot matige effectgroottes ($d = 0,19 - 0,49$) zien op alle scores (emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit, problemen met leeftijdsgenoten, sociaal gedrag) van de SDQ, zowel bij de nameting als na een follow-up van drie maanden. In de tweede deelstudie werden matige tot aanzienlijke effectgroottes voor alle emotionele en gedragsproblemen en voor hyperactiviteit gemeten; effectgroottes varieerden van 0,19 tot 0,88. In de derde deelstudie ($n = 50$) werden middelmatige tot aanzienlijke effectgroottes ($d = 0,25 - 0,62$) gevonden voor emotionele en gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdsgenoten; de vierde deelstudie ($n = 57$) – de belangrijkste vanwege de vergelijkende onderzoeksopzet – gaf de volgende resultaten. De effectgroottes van de scores op de SDQ varieerden van 0,10 (hyperactiviteit) tot 0,83 (problemen met leeftijdsgenoten). De resultaten van de verschillende deelonderzoeken lijken erop te wijzen dat Triple P niveau 4-interventies emotionele en gedragsproblemen van kinderen verminderen.

Internationaal zijn er verschillende onderzoeken naar de effecten van Triple P verricht. De werkzaamheid van Triple P niveau 4-interventies is door De Graaf et al. onderzocht door middel van een redelijk goed uitgevoerde meta-analyse van bestaande onderzoeken (De Graaf et al., 2008). Zij includeerden 15 gecontroleerde experimentele studies, waarvan 14 RCT's. In de meeste studies was de controlegroep een zogeheten wachtlijstgroep. De auteurs berekenden een effectgrootte op door ouders gerapporteerde gedragsproblemen (Hedge's g) van 0,88 – een sterk effect volgens de criteria van Cohen – indien zij uitgingen van de resultaten direct na de interventie. Nadere analyse van de resultaten liet zien dat effecten het grootst waren indien de aanvangssituatie binnen de klinische range van gedragsproblematiek viel. Triple P lijkt op basis van bovenstaande onderzoeken effectief en wordt daarom bruikbaar geacht in Nederland.

8.3.7 PMTO

PMTO staat voor Parent Management Training Oregon en is een trainingsprogramma met als doel ouders sterker te maken in de opvoeding van hun kind. Het is in Amerika ontwikkeld en gaat ervan uit dat ouders de belangrijkste leraren zijn in het leven van hun kind. Tijdens een wekelijkse training gaan de ouders samen met de PMTO-therapeut actief aan de slag om hun opvoedingsvaardigheden te versterken (<http://www.pmtom.nl>). Het algemene doel van PMTO is dat kinderen met externaliserende gedragsproblemen beter gaan functioneren en hun gedragsproblemen verminderen doordat hun ouders meer effectieve opvoedingsstrategieën toepassen. In de behandeling wordt door middel van rollenspelen geoefend met het toepassen van een vijftal clusters van opvoedingsvaardigheden: je kind stimuleren door aanmoediging, grenzen stellen, zicht en toezicht houden, met elkaar problemen oplossen en positief betrokken zijn (Zwikker & Van Everdingen, 2008). De effectiviteit van dit programma in Nederland wordt momenteel onder leiding van professor Corinne de Ruiter onderzocht door middel van een RCT bij kinderen met externaliserende gedragsproblemen. Ondanks dat de effectiviteit in Nederland nog niet is aangetoond, wordt het programma hier al wel toegepast. Serketich verrichtte een meta-analyse van de uitkomsten van studies waarin de effectiviteit van PMTO werd onderzocht (Serketich & Dumas, 1996). De effectiviteit van PMTO lijkt indrukwekkend gegeven een effectgrootte van 0,86 voor de kinduitkomsten (beter aangepast gedrag dan wel minder antisociaal gedrag).

8.4. Conclusies

| Niveau | Conclusie | Literatuur |
|--------|---|--|
| 3 | De Kanjertraining is een cursus om kinderen weerbaarder te maken en is onder andere geschikt voor gepeste en pestende kinderen, kinderen met weinig zelfvertrouwen of angstige en sociaal kwetsbare kinderen. Er zijn | A.2. <i>Vliek & Orobio de Castro, 2010</i> |

| | | |
|-----|--|---|
| | aanwijzingen dat de Kanjertraining een positief effect heeft op de sociale interactie, het emotioneel welbevinden, depressieve gedachten, agressief gedrag, de mate van ervaren sociale acceptatie, de relatie met de leerkracht en het gevoel van eigenwaarde. | |
| 4 | De Sta Sterk training heeft als doel de sociale weerbaarheid te vergroten van slachtoffers van pesten in de leeftijd van 8 tot 12 jaar. De effectiviteit van dit programma is nog niet onderzocht, maar het is wel als 'theoretisch goed onderbouwd' erkend. | <i>D. Databank effectieve jeugdinterventies</i> |
| 3 | De cursus Plezier op school is bedoeld voor gepeste leerlingen in de overgangperiode van de basisschool naar de middelbare school. Er zijn aanwijzingen dat deze cursus een positief effect heeft op emotionele problemen bij kinderen, problemen met leeftijdsgenoten, sociale angst, gepest worden en gedragsproblemen. | <i>B. Van Eeghen-Calis & Van der Molen, 2006</i> |
| 3 | Minder boos en opstandig richt zich op 8- tot 12-jarige kinderen met antisociale en agressieve problemen en hun ouders. Er zijn aanwijzingen dat het programma zorgt voor een vermindering van agressief gedrag bij de kinderen en verbetering van opvoedvaardigheden bij de moeders. | <i>B. Hoppe, 2012 B. Van der, Wiel 2005 B. Van der, Wiel 2007</i> |
| 3 | Alles Kidzz is een individuele interventie voor 9- tot 12-jarige basisschoolleerlingen met externaliserende gedragsproblemen. Er zijn aanwijzingen dat de training leidt tot minder agressie bij de kinderen en een positiever zelfbeeld. | <i>B. Stolz & van Londen, 2012)</i> |
| 2/3 | Triple P is een methode voor opvoedondersteuning voor ouders van kinderen van 0 tot 16 jaar. Triple P wordt in verschillende vormen gegeven en kan zowel bruikbaar zijn voor ouders van gepeste kinderen als ouders van pesters. Uit effectstudies komt naar voren dat het aannemelijk is dat Triple P bijdraagt aan minder probleemgedrag bij kinderen, een betere omgang met leeftijdsgenootjes en betere opvoedbekwaamheid bij de ouders. | <i>De Graaf, 2008* De Graaf, 2009b*</i> |
| 2/3 | PMTO is een trainingsprogramma met als doel ouders sterker te maken in de opvoeding van hun kind. Het is zowel geschikt voor ouders van gepeste kinderen als ouders van pesters. Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat het aannemelijk is dat PMTO leidt tot beter aangepast gedrag en minder antisociaal gedrag van de kinderen. | <i>Serketich & Dumas, 1995*</i> |

* Internationale studies zijn meegenomen in de beoordeling.

8.5. Overige overwegingen

Er is een groot aantal regionale cursussen voor kinderen beschikbaar op het gebied van pesten, omgaan met agressie, sociale vaardigheden en weerbaarheid. Deze cursussen zijn echter vaak niet getoetst op effectiviteit. Ook is vaak niet bekend of ze geschikt zijn voor specifieke doelgroepen, zoals ouders met een niet-Nederlandse culturele achtergrond. Het is mogelijk dat deze methoden werkzaam zijn in het voorkomen of terugdringen van pestgedrag, maar hiernaar is geen wetenschappelijk onderzoek verricht. Indien het mogelijk is om effectief bevonden programma's in te zetten, dienen deze te worden verkozen boven de niet-onderzochte programma's.

8.6. Aanbevelingen

26. Voor gepeste en pestende kinderen, kinderen met weinig zelfvertrouwen of angstige en sociaal kwetsbare kinderen wordt de Kanjertraining of Sta Sterk training aanbevolen.

27. Voor gepeste leerlingen en leerlingen die zelf pesten in de overgang van de basisschool naar de middelbare school wordt de cursus Plezier op school aanbevolen.

28. Voor pestende of agressieve kinderen wordt de cursus Minder boos en opstandig of de training Alles Kidzz aanbevolen.

29. Aan ouders van pestende kinderen dient de JGZ opvoedondersteuning via Triple P of PMTO te adviseren.

Voor aanvullende informatie over effectieve opvoedhulp kan de richtlijn Opvoedingsondersteuning worden geraadpleegd.

9. Taken in de jeugdgezondheidszorg: preventie, signalering en aanpak van pesten

9.1 Uitgangsvragen

- a. Wat zijn de taken van de jeugdverpleegkundige, jeugdarts en doktersassistent met betrekking tot pesten?
- b. Wat zijn de taken van de JGZ op het gebied van pesten in relatie met de ketenpartners? Hoe kunnen zij optimaal op elkaar aansluiten en welke samenwerkingsafspraken met de ketenpartners moeten gemaakt worden?
- c. Op welke wijze kan de JGZ bijdragen aan de signalering van pesten buiten de reguliere contactmomenten?
- d. Indien de JGZ onderdeel is van de GGD: hoe dient de samenwerking met de GGD-afdeling GVO (Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding)/GB (Gezondheidsbevordering) te worden vormgegeven?

9.2. Inleiding

Voor het beantwoorden van deze vraag is gebruikgemaakt van de mening van experts en van zogenoemde grijze literatuur (zoals rapporten, scripties en dissertaties). De uiteindelijke mate van bewijs is D (mening van deskundigen).

9.3. Taken JGZ-medewerkers bij preventie, signalering en aanpak van pesten

Preventie pesten tijdens contactmomenten – signalering risicofactoren

Tijdens de contactmomenten dienen JGZ-medewerkers alert te zijn op de aanwezigheid van mogelijke risicofactoren voor pesten (zie hoofdstuk 3, Risicofactoren voor pesten). De risicofactoren dienen op jonge leeftijd al aandacht te krijgen en duidelijk zichtbaar gemaakt te worden in de hele lijn van zorg JGZ 0-19 jaar. Indien risicofactoren bij het betreffende kind aanwezig zijn, dient door de JGZ-medewerker een afweging te worden gemaakt of voor het kind behoefte is aan aanvullende zorg. Dit kan bijvoorbeeld een training in sociale vaardigheden of weerbaarheid zijn – zoals de Kanjertraining.

Signalering via vragenlijsten en triage

Gezien de veranderingen binnen de JGZ, zoals flexibilisering van de werkwijze en taakherschikking, worden niet alle kinderen meer standaard op reguliere contactmomenten gezien. Bij de huidige nieuwe vormen wordt onder andere gebruikgemaakt van vragenlijsten om te monitoren hoe het met het kind gaat en of extra zorg nodig is. Het is voor het volgen van de JGZ-richtlijn Pesten belangrijk dat deze vragenlijsten items bevatten die ingaan op pesten en verwante risicofactoren. Een veel gebruikte vragenlijst is de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). Binnen de SDQ zijn meerdere vragen opgenomen die aansluiten bij het onderwerp pesten. Bijvoorbeeld het item 'Andere kinderen of jongeren pesten of treiteren mij' en items die meer ingaan op signalen van pesten zoals 'Ik heb vaak hoofdpijn, buikpijn of ik ben misselijk' of 'Ik heb minstens één goede vriend of vriendin'. Juist omdat meerdere items gericht zijn op zowel pesten als aan pesten verwante aspecten kan ook door middel van een vragenlijst zoals de SDQ een initiële screening worden afgenomen. Veelal wordt de SDQ in de huidige praktijk al afgenomen. De antwoorden op deze items kunnen aanleiding geven om het kind uit te nodigen voor een verdiepend gesprek. In zo'n gesprek kan vervolgens een uitgebreidere anamnese plaatsvinden om te achterhalen of er sprake is van bijvoorbeeld een pestprobleem. Indien dit daadwerkelijk het geval is, kan het stappenplan zoals beschreven in het stroomschema in gang worden gezet.

Signalering pesten tijdens contactmomenten

Tijdens de contactmomenten dienen JGZ-medewerkers alert te zijn op de mogelijkheid dat een kind gepest wordt of zelf pest. De JGZ-medewerker dient expliciet naar pesten te vragen, zoals in hoofdstuk 5 beschreven. Een vermoeden van pesten kan ook ontstaan op basis van aanwezige kenmerken die zijn gerelateerd aan pesten (zie ook hoofdstuk 3, Gevolgen van pesten, en hoofdstuk 4, Risicofactoren voor pesten). Bij de

aanwezigheid van dergelijke kenmerken is het van belang dat de JGZ-medewerker goed doorvraagt naar pesten, zoals in hoofdstuk 5 is beschreven.

Bij kinderen van 8 jaar en ouder dient in elk geval expliciet naar cyberpesten te worden gevraagd. Naast de vraag: 'Hoeveel computer je?' kan gevraagd worden naar 'Krijg je weleens vervelende dingen via je mobiele telefoon of internet gestuurd?' en 'Stuur je zelf weleens negatieve berichten naar anderen?'

Diverse ketenpartners van de JGZ hebben mogelijk meer zicht op eventuele signalen van pesten of pesters. Denk daarbij aan de partners in het CJG, de scholen, de kinderopvang of sportverenigingen. Het is aan te bevelen dat de JGZ het onderwerp op de kaart zet bij deze ketenpartners. De JGZ kan de ketenpartners wijzen op de signalen die van belang zijn en daarnaast aangeven wat de JGZ te bieden heeft als er sprake is van pesten. Hoe ver dit gaat, dient lokaal te worden afgesproken.

Doorverwijzing vanuit contactmomenten

Indien tijdens een contactmoment wordt vastgesteld dat een leerling wordt gepest of zelf actief pest, dan wel risico loopt op pestgedrag, dient de JGZ-medewerker te overwegen of aanvullende diagnostiek nodig is en welke hulp het best passend is. Aanvullende zorg kan zich richten op de gepeste, een pestend kind of de ouders.

Na signalering van pesten dient de JGZ-medewerker dit met de ouders te bespreken om 1) de mogelijkheden en behoeftes te bespreken om een individueel interventietraject aan te gaan; 2) ouders toestemming te vragen om het pestprobleem op school te bespreken; 3) de ouders aan te sporen om ook zelf met de school te gaan praten om het pestprobleem op te lossen. Het is daarnaast van groot belang dat de ouders worden betrokken bij het zorgtraject.

Daarnaast dient een terugkoppeling plaats te vinden naar de docent van de leerling. Dit kan ook via een regulier overleg met de zorgcoördinator of intern begeleider van de school. Van belang is in elk geval dat over alle leerlingen waarbij sprake is van pestproblematiek wordt overlegd met de school. Op deze wijze kan in het overleg met de school worden afgestemd welke partij zorg zal dragen voor een vervolgtraject van de leerling. Tijdens dit overleg kan vervolgens ook worden besloten of het nodig is om de betreffende leerling aan te melden bij een overlegstructuur (zoals bijvoorbeeld het ZAT) of om schoolmaatschappelijk werk te betrekken. Bij ernstige problematiek dient dit geregistreerd te worden in de verwijsindex risicojongeren (VIR) of een soortgelijk systeem. Voor een gedegen inzet van interventies is het van belang dat JGZ-medewerkers op de hoogte zijn van de sociale kaart van hun regio, zodat zij voor specifieke interventies op het gebied van pesten weten waar zij naartoe moeten verwijzen.

9.4. Taken van de JGZ op het gebied van pesten in relatie met de ketenpartners

Contact tussen de JGZ en de school is van cruciaal belang als het om pesten gaat. Experts geven aan dat het wenselijk is dat de JGZ op school zichtbaarder is. Het verdient daarom aanbeveling om te zorgen dat er regulier overleg met de school plaatsvindt, bijvoorbeeld met de intern begeleider (basisonderwijs) of schoolmaatschappelijk werker (voortgezet onderwijs), over gedragsproblemen – waaronder pesten – bij de leerlingen.

Tijdens dit overleg kunnen de leerlingen worden besproken waarbij problemen zijn gesignaleerd tijdens het contact met de JGZ of waar de school zorgen over heeft. In dit overleg wordt afgestemd hoe het pestprobleem binnen de school wordt aangepakt en of de betreffende leerling in het ZAT of een andere overlegstructuur wordt ingebracht.

Een tweede aanbeveling is om de contactmomenten met kinderen op de school zelf te laten plaatsvinden. Dit geeft de mogelijkheid voor overleg met de scholen, maar daarnaast biedt het ruimte om buiten deze reguliere leeftijdsgebonden contactmomenten kinderen van andere leeftijden dan de te zien. In sommige plaatsen gebeurt dit al.

De JGZ dient verder – in samenspraak met schoolondersteunende organisaties zoals de schoolbegeleidingsdienst of de GGD-afdeling GVO – na te gaan of scholen een antipestbeleid hebben, met name op de scholen waar de JGZ veel pestgedrag signaleert. Indien scholen geen antipestbeleid hebben of het antipestbeleid onvolledig uitvoeren, dient de JGZ zowel in haar overleg met de school als met de ondersteunende organisatie te bespreken op welke wijze de school een antipestbeleid kan uitvoeren, eventueel binnen de Gezonde School Methode. Bij het opzetten van antipestbeleid kan gebruik worden gemaakt van een schoolbegeleidingsdienst of gespecialiseerde KiVa- of PRIMA-trainers.

Verder dient de JGZ er binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin zorg voor te dragen dat er in de regio een goed aanbod is van voorlichtingsmateriaal en effectieve interventies op het gebied van pesten.

Bij het signaleren van digitaal pesten kan de JGZ een school adviseren om een *protocol Cyberpesten* op school in te voeren, zoals dat beschikbaar is op <http://www.pestweb.nl>.

Ten slotte is het van belang dat de JGZ ook de kinderopvang betreft in haar activiteiten. Met name de buitenschoolse opvang (bso) voor kinderen vanaf 4 jaar is relevant om te betrekken. De JGZ kan er, net zoals bij scholen en eventueel samen met schoolondersteunende organisaties zoals de schoolbegeleidingsdienst of de GGD-afdeling GVO, voor zorg dragen dat hier een antipestbeleid wordt opgezet.

9.5. Signalering van pesten buiten de JGZ-contactmomenten

Buiten de contactmomenten heeft de JGZ ook een taak op het terrein van het ondersteunen van scholen bij de preventie, signalering en aanpak van pesten. Vanuit de expertgroep wordt gesteld dat het voor de JGZ lastig is om buiten de contactmomenten op structurele wijze zelf te signaleren op het gebied van pesten. Indien in de contactmomenten veel pestproblematiek binnen een school wordt gesignaleerd, dient de JGZ het voortouw te nemen om te komen tot een plan voor signalering van pesten binnen deze school. Het is in principe niet de taak van de JGZ om het signaleren volledig zelf uit te voeren (dit zou qua tijdsinvestering ook een groot beslag leggen op de JGZ), maar het is wel haar taak om ervoor zorg te dragen dat het plaatsvindt. Een dergelijke school- of klasbrede screening kan voor een school een aansporing zijn om intensiever een antipestbeleid in te voeren. Screening op school kan plaatsvinden door bijvoorbeeld het sociale netwerk in klassen in kaart te brengen (<http://www.sociaalnetwerkadvies.nl>) of een pesttest af te nemen. Deze screening kan worden uitgevoerd door schoolondersteunende organisaties zoals de schoolbegeleidingsdienst of de GGD-afdeling GVO/GB in aansluiting op de Gezonde School Methode. Ook kan de JGZ in haar directe overleg met de school de screening aan de school adviseren en kan de school dit zelf verder oppakken.

9.6. Indien de JGZ onderdeel is van de GGD: afstemming binnen de GGD tussen de JGZ en de afdeling GVO (Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding)/GB (Gezondheidsbevordering)

Universele preventie van pesten vanuit de JGZ kan goed plaatsvinden via het ondersteunen van scholen bij hun antipestbeleid in samenwerking met ketenpartners zoals de schoolbegeleidingsdienst. Vanuit de JGZ kan bijvoorbeeld een voorlichtingsavond aan ouders worden gegeven. Indien de JGZ onderdeel is van de GGD is het belangrijk om tot een heldere taakafbakening te komen van de JGZ en de afdeling GVO/GB bij de ondersteuning van het antipestbeleid op scholen. Er dient in een dergelijke situatie regulier overleg te zijn tussen de afdeling JGZ en de afdeling GVO/GB. Deze afdelingen dienen elkaar te kennen en te weten wat de aangeboden interventies en producten zijn. Zo kunnen ze gebruikmaken van elkaars expertise. Een dergelijk regulier contact kan bijvoorbeeld plaatsvinden in het regioteamoverleg. Tijdens dit overleg dient afstemming plaats te vinden over de specifieke scholen waar de JGZ pestproblematiek heeft gesignaleerd.

Als de JGZ onderdeel is van de GGD is het de taak van de JGZ om gesignaleerde pestproblematiek ter sprake te brengen bij zowel de school als de afdeling GVO/GB. Het is vervolgens de taak van de afdeling GVO/GB om een school te ondersteunen bij het opzetten van antipestbeleid, bijvoorbeeld als onderdeel van de Gezonde School Methode. GGD-en hebben echter niet genoeg capaciteit om alle scholen in hun regio's te ondersteunen bij het opzetten van anti-pestbeleid. De daadwerkelijke invoering van een anti-pestbeleid kan daarom goed worden gedaan door ketenpartners zoals schoolbegeleidingsdiensten met gespecialiseerde trainers, zoals die er zijn voor het KiVa-programma en de PRIMA-methode.

9.7. Aanbevelingen

Aanpak van pesten: 5-STAPPENPLAN

30. De JGZ heeft een taak in de preventie, signalering, begeleiding en verwijzing bij pestproblematiek. Voor aanbevelingen rondom preventie zie hoofdstuk 4 en hoofdstuk 6; voor signalering zie hoofdstuk 5.

31. Door de JGZ-medewerkers wordt – zowel bij gepeste als pestende kinderen – een inschatting gemaakt of er extra individuele aandacht voor een pestprobleem bij een kind nodig is. Beoordeeld wordt of het pesten niet incidenteel is en leidt tot disfunctioneren of verminderd welzijn bij het kind. Daarnaast dient pesten aandacht te krijgen indien het kind aangeeft dat het een probleem is en/of indien er een onveilig klimaat ontstaat voor de hele groep. Bij veel pestproblemen in een klas of school dient met de school te worden overlegd. In het overleg met de school dient te worden aangegeven dat pesten vaak een probleem van de groep is en ook meestal in de groep moet worden opgelost.

32. Bij kinderen met een pestprobleem dat individuele aandacht behoeft, wordt een interventie gestart. Bij de aanpak worden zowel de kinderen die gepest worden als die pesten en de ouders van deze kinderen betrokken. De aanpak bestaat uit 5 stappen:

1. Inschatting behoeftes van het kind

De behoeftes van het kind (en zijn/haar ouders) worden in kaart gebracht, zodat hierop aangesloten kan worden bij het bieden van hulp. Geïnformeerd wordt onder andere naar de voorkeur met welke (andere) volwassenen het pesten kan worden besproken. De JGZ handelt in samenspraak met het kind en vraagt toestemming om het pestprobleem met ouders en/of anderen te bespreken.

2. Overleg met ouders

Nadat het pesten gesignaleerd is, dient de JGZ-medewerker dit met de ouders te bespreken om: 1) de mogelijkheden en behoeftes te bespreken om een individueel interventietraject aan te gaan; 2) ouders toestemming te vragen om het pestprobleem op school te bespreken; 3) de ouders aan te sporen om ook zelf met de school te gaan praten om het pestprobleem op te lossen. Het is van groot belang dat de ouders worden betrokken bij het zorgtraject. In het overleg met ouders wordt aandacht besteed aan de individuele aspecten die het omgaan met pesten mogelijk beïnvloeden, zoals culturele achtergrond, taalproblemen, opleidingsniveau en gezinssituatie.

3. Overleg met school, sportclub of andere organisatie

Nadat het pesten is gesignaleerd, dient een terugkoppeling plaats te vinden naar de docent van de leerling. Dit kan ook via een regulier overleg met de zorgcoördinator of intern begeleider van de school. In dit gesprek dient ook eventueel bekende informatie over daders en meelopers te worden betrokken. Op deze wijze kan in het overleg met de school worden afgestemd welke partij zorg zal dragen voor een vervolgtraject van de leerling. Hierbij dient geïnformeerd te worden naar wat er al gedaan is om pesten tegen te gaan en wat het effect hiervan was, zodat advisering hierop afgestemd kan worden. Tijdens dit overleg kan vervolgens ook worden besloten of het nodig is om de betreffende leerling aan te melden bij het ZAT of om schoolmaatschappelijk werk te betrekken. Ook kan worden besloten om het pestprobleem binnen de hele klas in kaart te brengen door middel van een sociaalnetwerkanalyse. Als een school – na overleg met de JGZ – niet adequaat reageert of onvoldoende mogelijkheden heeft het pesten aan te pakken, kan de JGZ ouders adviseren een (externe) vertrouwenspersoon of een vertrouwensinspecteur te raadplegen (te vinden via www.onderwijsinspectie.nl). Indien het pesten plaatsvindt op een andere locatie dan de school, bijvoorbeeld op een sportclub of op de kinderopvang (bijvoorbeeld naschoolse opvang), dient contact op te worden genomen met de betreffende organisatie om het pestprobleem en mogelijke oplossingen te bespreken.

4. Verwijzen voor individuele hulp

Op indicatie verwijst de JGZ voor een specifieke behandeling. De interventietabel geeft weer naar welke programma's kan worden verwezen. Daarnaast verwijst de JGZ op indicatie naar de huisarts voor verwijzing naar psychologische of pedagogische hulpverlening.

5. Follow-up

Bij elk kind dat gepest wordt of zelf pest, dient binnen drie maanden via een follow-up te worden nagegaan of de individuele aanpak werkzaam is. Afgestemd dient te worden hoe en door wie de follow-up plaatsvindt. Dit kan door de JGZ, school of ouders worden gedaan. Indien de JGZ de follow-up doet, wordt dit in het digitale systeem ingepland. Dit kan onder andere middels een extra contactmoment, huisbezoek of telefonisch consult. Ingeschat wordt of de individuele aanpak voldoet of dat meer zorg nodig is.

Interventietabel

Mogelijke interventieprogramma's voor pesten die effectief zijn bevonden en waarnaar de JGZ in de verschillende leeftijdsfasen kan verwijzen.

| | <i>Peuter/kleuter (1-4 jaar)</i> | <i>Schoolkinderen (4-12 jaar)</i> | <i>Adolescent (12-19 jaar)</i> |
|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| Individuele interventies | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| <i>Gepeste kinderen en pesters</i> | | <ul style="list-style-type: none"> • Kanjertraining • Plezier op school • Sta Sterk training | <input type="checkbox"/> Plezier op school <input type="checkbox"/> Kanjertraining |
| <i>Pesters en agressieve kinderen</i> | | <ul style="list-style-type: none"> • Alles Kidzzz • Minder boos en opstandig | <input type="checkbox"/> Kanjertraining |
| <i>Sociaal zwakke, angstige, depressieve kinderen</i> | Triple P* | <ul style="list-style-type: none"> • Kanjertraining | <input type="checkbox"/> Kanjertraining |
| <i>Ouders van pesters/ agressieve kinderen</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Triple P* | <input type="checkbox"/> Minder boos en opstandig <input type="checkbox"/> PMTO <input type="checkbox"/> Triple P* | <input type="checkbox"/> PMTO <input type="checkbox"/> Triple P* |
| Collectieve interventies op school | | | |
| <i>Schoolbreed, preventief en curatief</i> | | <ul style="list-style-type: none"> • KiVa • PRIMA | |
| <i>Klasseninterventie, preventief en curatief</i> | | <ul style="list-style-type: none"> • Kanjertraining • PAD • Taakspel | |

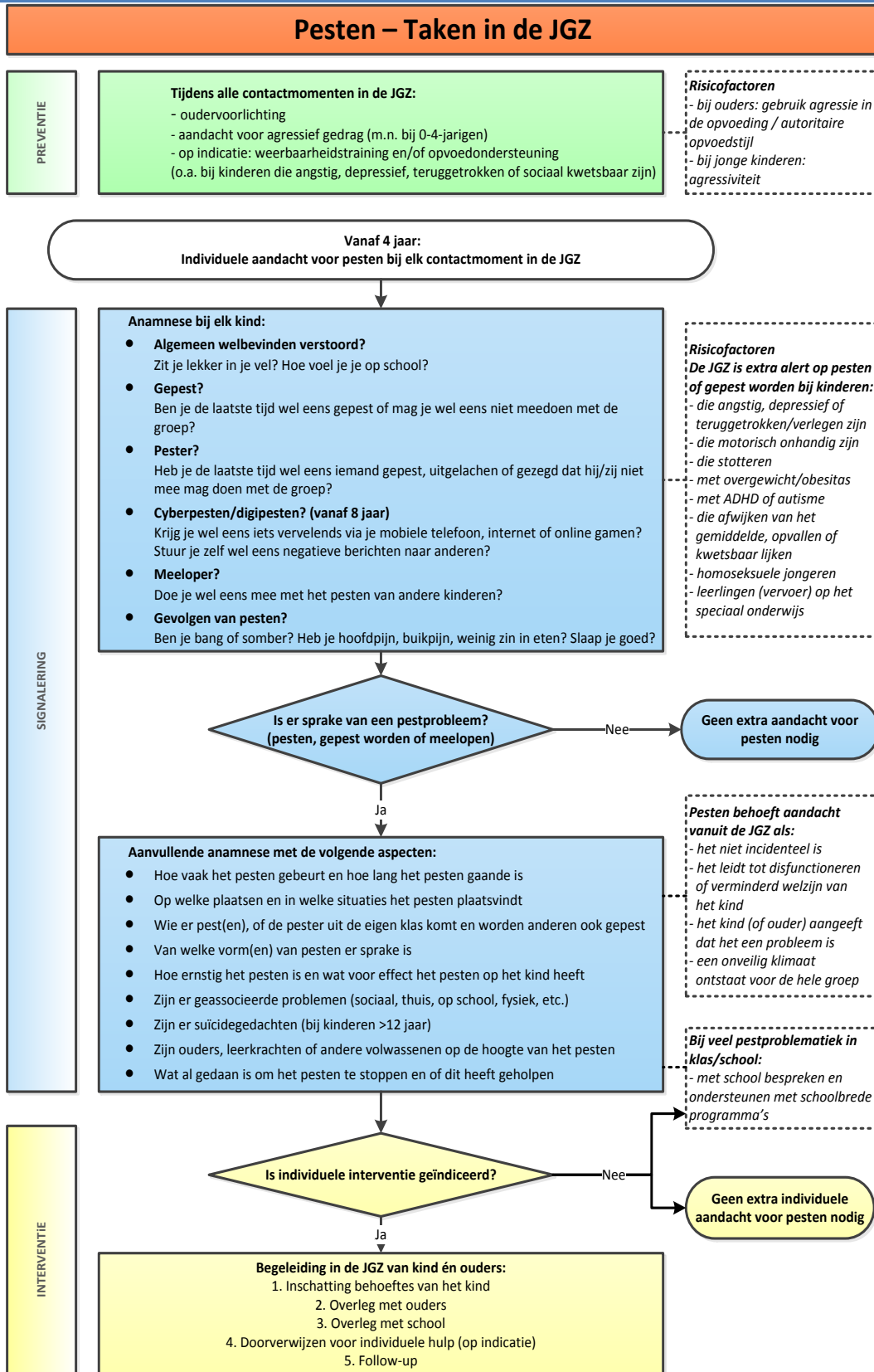
* Of een ander effectief opvoedondersteuningsprogramma dat in de regio beschikbaar is; zie daarvoor de richtlijn Opvoedingsondersteuning.

Samenwerking met ketenpartners

1. JGZ-medewerkers dienen op de hoogte te zijn van de sociale kaart van hun regio, zodat zij voor specifieke interventies op het gebied van pesten weten waar zij naartoe moeten verwijzen.
2. De JGZ dient er, al dan niet binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin, zorg voor te dragen dat er in de regio (in het bijzonder op scholen) een goed aanbod is van voorlichtingsmateriaal en effectieve interventies op het gebied van pesten.
3. Vanuit de JGZ dient er regulier overleg met de school te zijn, bijvoorbeeld met de intern begeleider (basisonderwijs) of schoolmaatschappelijk werker (voortgezet onderwijs), over gedragsproblemen – waaronder pesten – bij de leerlingen.
4. Er dient regulier overleg te zijn tussen de (afdeling) JGZ en schoolondersteunende organisaties (bv. schoolbegeleidingsdiensten) of met de afdeling GVO (Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding)/GB (Gezondheidsbevordering). Tijdens dit overleg dient afstemming plaats te vinden over de specifieke scholen waar de JGZ pestproblematiek heeft gesignaleerd. Het is vervolgens de taak van de schoolondersteunende organisatie of de afdeling GVO/GB om een school te ondersteunen bij het opzetten van antipestbeleid, bijvoorbeeld als onderdeel van de Gezonde School Methode.
5. Indien door de JGZ veel pestproblematiek binnen een school wordt gesignaleerd, dient de JGZ het voortouw te nemen om te komen tot een screening op het gebied van pesten binnen deze school. Screening op school kan plaatsvinden door bijvoorbeeld het sociale netwerk van een klas in kaart te brengen of een pesttest af te nemen. Deze screening kan ook plaatsvinden op advies van een schoolbegeleidingsdienst of de afdeling GB/GVO.
6. De JGZ dient – in samenspraak met de schoolondersteunende organisatie of de afdeling GB/GVO – na te gaan of scholen een antipestbeleid hebben, met name op de scholen waar de JGZ veel pestgedrag signaleert. Indien scholen geen antipestbeleid hebben, dient de JGZ zowel in haar overleg met de school als met de ondersteunende organisatie of afdeling GB/GVO te bespreken op welke wijze de school een antipestbeleid kan invoeren, eventueel binnen de Gezonde School Methode. Bij het opzetten van antipestbeleid kan het beste gebruik worden gemaakt van een schoolbegeleidingsdienst of gespecialiseerde KiVa- of PRIMA-trainers.

10. Stroomschema voor de JGZ

Kinderen worden gepest als ze door een of meer leeftijdsgenoten bewust en stelselmatig worden beschadigd waarbij de macht ongelijk verdeeld is en het slachtoffer zich meestal niet kan verdedigen.



11. Lijst met afkortingen

| | |
|-------|---|
| ADHD | – Attention deficit and hyperactivity disorder |
| CJG | – Centrum/centra voor Jeugd en Gezin |
| GB | – Gezondheidsbevordering |
| GVO | – Gezondheid Voorlichting en Opvoeding |
| JGZ | – Jeugdgezondheidszorg |
| KiVA | – Kiusaamista Vastaaan (Fins voor 'In deze school wordt niet gepest') |
| PRIMA | – PRoefIMplementatie Anti-pestbeleid |
| NCJ | – Nederlands Centrum Jeugdgezondheid |
| OR | – Odds Ratio |
| PAD | – Programma Alternatieve Denkstrategieën |
| PATHS | – Promoting Alternative Thinking Strategies |
| PMTO | – Parent Management Training Oregon |
| RCT | – Randomized control trial |
| SDQ | – Strength and Difficulties Questionnaire |
| VIR | – Verwijsindex risicjongeren |
| ZAT | – Zorgadviesteam |

Bijlage A Totstandkoming van de richtlijn

A.1 Werkwijze

Voor het ontwikkelen van de richtlijn werd een brede werkgroep samengesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van de beroepsgroepen in de JGZ, op school en in de GGZ, en wetenschappelijk medewerkers van TNO en CBO.

Daarnaast werd een adviesgroep samengesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van aanpalende beroepsgroepen. Zie tabel A.1 voor de samenstelling van de kernredactie en de adviesgroep.

Tabel A.1 Leden werkgroep en adviesgroep

| Werkgroep | | |
|---|---|---|
| <i>naam</i> | <i>functie</i> | <i>instelling</i> |
| Dr. Minne Fekkes | Projectleider, Psycholoog, onderzoeker | TNO, afdeling Child Health, Leiden |
| Dr. Mascha Kamphuis | Senior onderzoeker, jeugdarts KNMG | TNO, afdeling Child Health, Leiden |
| Prof. dr. (Pauline) S.P. Verloove-Vanhorick | Emeritus hoogleraar, kinderarts | TNO, afdeling Child Health, Leiden |
| Dr. Helma B.M. van Gameren-Oosterom | Arts, onderzoeker | TNO, afdeling Child Health, Leiden |
| Dr. J.J.A. (Hans) de Beer | Senior richtlijnmethodoloog | CBO, afdeling Richtlijnen, Utrecht |
| Dr. Kitty Rosenbrand | Arts, senior adviseur | CBO, afdeling Richtlijnen, Utrecht |
| Drs. Josien van Wijk | Jeugdarts | AJN |
| Drs. Janneke Z. Muyselaar-Jellema | Arts Maatschappij en Gezondheid | AJN/GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen, Leiden |
| Margreet de Ruiter | Stafverpleegkundige JGZ, lid V&VN | GGD Regio Nijmegen |
| Elly Visser | Doktersassistente JGZ, lid NVDA | GGD West-Brabant |
| Dieneke Veenstra | Doktersassistente JGZ 4-19, lid NVDA | GGD Regio Twente, Enschede |
| Ans van der Borst | GVO-functionaris | GGD West-Brabant |
| Joke Verwoerd | Intern begeleider | Landelijke Beroepsgroep voor intern begeleiders (LBib) |
| Elianne Moolenburgh | Schoolmaatschappelijk werker | Schoolmaatschappelijk Werk |
| Angela Kouwenhoven | Leerlingbegeleider | Landelijke Beroepsgroep voor intern begeleiders (LBib) |
| Dr. Goof Buijs/ Drs. Zeina Bassa-Dafesh | Senior adviseur Gezondheidszorg | Gezondheidsinstituut NIGZ, Woerden |
| Drs. Nico Foppen | Beleidsadviseur Oudervereniging | Nederlandse oudervereniging Katholiek Onderwijs (NKO), Den Haag |
| Willy van Halem | Schoolpsycholoog | Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) / Crisis Interventie Netwerk Schoolpsychologen(CINS) |
| Annemiek v/d Hoorn | | NIP |
| Adviesgroep | | |
| <i>Naam</i> | <i>functie</i> | <i>instelling</i> |
| Prof. dr. Anne Marie Oudesluys-Murphy, MB | Kinderarts | Leids Universitair Medisch Centrum, Leiden |
| Dr. Jako Burgers | Huisarts, hoofd afdeling Richtlijnontwikkeling & Wetenschap | Nederlands Huisartsen Genootschap, Utrecht |

De richtlijn is ontwikkeld volgens de methode van evidencebased richtlijnontwikkeling (EBRO) (CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, 2007). De basis voor de richtlijn is een samenvatting van het beschikbare bewijs in de wetenschappelijke literatuur. Op basis hiervan zijn aanbevelingen geformuleerd voor de praktijk. Bij de ontwikkeling van de richtlijn is rekening gehouden met het patiënten perspectief. Een vertegenwoordiger van de oudervereniging NKO (Nederlandse oudervereniging Katholiek Onderwijs) heeft actief geparticipeerd in de werkgroep. Het eindproduct bestaat uit een achtergrondboek, een samenvatting en een samenvattingskaart.

In de eerste werkgroepvergadering is besproken wat volgens de werkgroepleden de belangrijke knelpunten waren. Hierna zijn de uitgangsvragen in concept vastgesteld. Deze zijn schriftelijk voorgelegd aan de adviesgroepleden. Naar aanleiding van de commentaren heeft bijstelling plaatsgevonden en zijn de uitgangsvragen definitief vastgesteld.

A. 2 Wetenschappelijke bewijsvoering

De werkgroep heeft, met hulp van de informatiespecialist van TNO, literatuur gezocht bij de uitgangsvragen (zie bijlage B: Zoekstrategie en evidentie tabellen). De literatuursearch richtte zich op de periode 1990 tot en met 2011 en resulteerde in een lijst met 293 geselecteerde referenties. Aan deze lijst zijn m.b.v. de sneeuwbalmethode artikelen 47 toegevoegd.

De selectie is per uitgangsvraag uitgesplitst door op de trefwoorden van de artikelen te zoeken. Hieruit volgde per uitgangsvraag een lijst met abstracts. Per uitgangsvraag zijn de abstracts door twee personen beoordeeld op relevantie voor het beantwoorden van de uitgangsvraag. Dit resulteerde in een overzichtstabel per uitgangsvraag die vervolgens is samengevoegd tot één grote overzichtstabel. Deze overzichtstabel is besproken in de kernredactie. De geselecteerde artikelen zijn beoordeeld op hun methodologische kwaliteit volgens EBRO-methode. Artikelen van matige of slechte kwaliteit werden uitgesloten. Na deze selectie bleven de artikelen over die als onderbouwing bij de verschillende conclusies in de richtlijn staan vermeld. De evidence is samengevat in zgn. 'bewijsklassetabellen' (zie bijlage B voor het overzicht; de bewijsklassetabellen zijn opvraagbaar bij de redactie). De beoordeling van de verschillende artikelen staat in de verschillende hoofdstukken onder het kopje 'samenvatting van de literatuur'. De literatuur is samengevat in een conclusie, waarbij het niveau van het relevante bewijs is weergegeven (zie bijlage B voor de classificatie). De formulering van de conclusie is rechtstreeks gekoppeld aan het niveau van het bewijs.

A.3 Commentaarfase en autorisatie

In juni 2011 en december 2011 is de eerste concepttekst van de richtlijn tijdens een tweetal bijeenkomsten voorgelegd aan de adviesgroep. De commentaren zijn verwerkt en over details heeft nader overleg plaatsgevonden met enkele experts in de adviesgroep. Ten slotte is mei 2012 de tweede concepttekst opgesteld.

De conceptrichtlijn is ter becommentariëring voorgelegd aan de deelnemende verenigingen en organisaties en geplaatst op de website van de verenigingen Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA). Na verwerking van het commentaar is de richtlijn door de werkgroep vastgesteld, en ter autorisatie aan de RAC van het NCJ voorgelegd.

A.4 Belangenverstrengeling kernredactieleden

Voor de ontwikkeling van deze richtlijn is financiering verkregen van ZorgOnderzoek Nederland Medische Wetenschappen (ZonMw). Alle kernredactieleden hebben een verklaring belangenverstrengeling ingevuld.

De gemelde belangenverstrengelingen zijn:

- Dhr. Dr. M. Fekkes: betrokken bij onderzoek naar de effectiviteit van de PRIMA-methode

De overige kernredactieleden hebben verklaard in de laatste vijf jaar (tot op heden) geen relatie of bemoeienis te hebben gehad met bedrijven of organisaties die op enigerlei wijze zijn verbonden aan het onderwerp van de onderhavige JGZ-richtlijn 'Pesten', waardoor een belangenconflict zou kunnen ontstaan met de werkzaamheden in de richtlijnwerkgroep en de belangen van AJN, V&VN of NVDA.

Bijlage B Zoekstrategie en evidentietabellen

B.1 Zoekstrategie

Gezocht is in PsycInfo, Pubmed en Eric. De volgende zoektermen zijn gebruikt:

Onderwerp: Definitie en vormen van pesten

- Bullying or Aggression (CT) or bullying or aggression or violence; in de titel

Gecombineerd met:

- Terminology (CT)
- Definition or definitions or defining; in titel of abstract
- Characterization; in titel of abstract
- Description(s); in titel of abstracts

Onderwerp: Risicofactoren van pesten

- Bullying or Aggression (CT) or bullying or aggression or violence; in de titel

Gecombineerd met:

- Risk or risk factors (CT) or risk or risks or risk factor; in titel
- At risk populations (CT)
- Risk assessment (CT)
- School environment; in titel of abstract,
- Peer group(s); in titel

Onderwerp: Signalering van pesten

- Bullying or Aggression (CT) or bullying or aggression or violence; in de titel

Gecombineerd met:

- Characterization; in titel of abstract
- Peer group (s); in titel of abstract
- (school) environment; in titel of abstract
- Personality assessment (CT)
- Aggressive behavior (CT)
- Group processes (CT), Social behavior (CT), Self concept (CT)

Onderwerp: Gevolgen van pesten

- Bullying or Aggression (CT) or bullying or aggression or violence; in de titel

Gecombineerd met:

- Child Behavior disorders (expl) or mental disorders (expl) or comorbidity or anxiety disorders (expl) (CT)
- Follow-up studies or time factors or longitudinal studies (CT)
- Consequence or result or resulting or consequences; in titel

Onderwerp: Interventies ter voorkoming van pesten en collectieve interventies op het gebied van pesten

Als primaire bron voor de internationale literatuur is gebruikt: Karen van Rooijen: Wat werkt tegen pesten? NJi, oktober 2010. Hieruit zijn de systematische reviews en meta-analysen gekozen die gepubliceerd zijn in de afgelopen 5 jaar. Dit betreft Farrington & Ttofi (2009); Vreeman et al 2007; Merrell et al., 2008.

Daarnaast is een literatuursearch uitgevoerd om te zien of er nog meer systematische reviews en meta-analysen zijn gepubliceerd in de afgelopen 5 jaar. Hiervoor zijn de volgende bronnen gebruikt: PubMed, PsycInfo, Campbell Collaboration database.

Zoekstrategie gehanteerd in PubMed (17 maart 2011):

Bullying[ti] AND systematic [sb]. Naast de systematische reviews genoemd door Karen van Rooijen leverde dit geen aanvullende studies op.

Zoekstrategie gehanteerd in PsycInfo (17 maart 2011):

bullying [ti] AND (meta-analysis OR systematic review in abstract). Dit leverde een additionele systematische review van Ferguson 2007 op.

Zoekstrategie gehanteerd in Campbell Collaboration Database:

Bullying als keyword. Dit leverde geen additionele systematische review op.

Voor een overzicht van de Nederlandse antipestprogramma's is gebruik gemaakt van:

1. Karen van Rooijen, Wat werkt tegen pesten? NJI, oktober 2010;
2. Dieuwke Schokker (september 2009). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'PRIMA-methode'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, en
3. Baar, Wubbels & Vermande (2007).

Onderwerp: Interventies voor individuele hulp aan gepesten en aan pesters

Uitgangspunt is de tekst van Wieteke de Vries (juni 2005; update december 2008) in: Databank Effectieve Jeugdinterventies: beschrijving 'Triple P'. Utrecht: Nederlands.

Voor meer recente literatuur is contact gezocht met de in De Vries (2008) genoemde contactpersoon Ireen de Graaf. Dit leverde de studie van Ireen de Graaf, Simone Onrust, Merel Haverman &

Jan Janssens, 'Helping Families Improve: An Evaluation of Two Primary Care Approaches to Parenting Support in the Netherlands', *Inf. Child. Dev.* 18: 481–501 (2009) op. De referenties van deze publicatie werden gecheckt. Dit leverde een studie op: de Graaf, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008).

Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioural problems in children. A meta-analysis. *Behavior Modification*, 32, 714–735.

Voorts is gezocht in PubMed en PsycInfo d.d. 11 mei 2011 met de zoekterm Triple P parenting support en met Triple P AND bullying. Dit leverde geen aanvullende studies op.

Gezocht op internet met Google en woorden 'effectiveness level 3 triple p' leverde op: Mcconnell 2011.

PubMed: Triple P parenting support d.d. 11 mei 2011.

Hierna zijn m.b.v. de sneeuwbalmethode nog artikelen toegevoegd.

B.2 Overzicht van de bewijsklassetabellen

| <i>Bewijsklassetabel</i> | <i>behorend bij</i> | <i>onderwerp</i> |
|--------------------------|---------------------|---|
| Bewijsklassetabel A | hoofdstuk 2 | Definitie en aspecten van pesten |
| Bewijsklassetabel B | hoofdstuk 3 | Risicofactoren van pesten |
| Bewijsklassetabel C | hoofdstuk 5 | Signalering van pesten |
| Bewijsklassetabel D | hoofdstuk 4 | Gevolgen van pesten |
| Bewijsklassetabel E | hoofdstuk 6 | Effectiviteit collectieve interventies ter preventie van pesten |
| Bewijsklassetabel F | hoofdstuk 7 | Effectiviteit individuele interventies |

Bovengenoemde bewijsklassetabellen zijn op te vragen bij de kernredactie

B.3 Niveau van bewijs

Indeling van de methodologische kwaliteit van individuele studies (bron: CBO 2007)

| | Interventie | Signalering | Etiologie, prognose* |
|-----------|---|--|---|
| A1 | Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau | | |
| A2 | Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang | Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test | Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve |

| | | | |
|----------|---|---|--|
| | | en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad | follow-up voldoende is uitgesloten. |
| B | Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiëntcontrole-onderzoek, cohortonderzoek) | Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd | Prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohortonderzoek of patiëntcontrole-onderzoek |
| C | Niet-vergelijkend onderzoek | | |
| D | Mening van deskundigen | | |

* Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies.

Indeling van het eindoordeel (conclusie) (bron: CBO 2007)

| | |
|----------|---|
| | Eindoordeel (conclusie) gebaseerd op: |
| 1 | Onderzoek van niveau A1 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2. |
| 2 | Eén onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B. |
| 3 | Eén onderzoek van niveau B of C. |
| 4 | Mening van deskundigen. |

Bijlage C Bronnen voor informatie

PRIMA

Het PRIMA-pakket bestaat uit een aantal maatregelen en interventies op school-, groeps- en individueel niveau die tot doel hebben het pesten op school te verminderen. De maatregelen en interventies zijn overgenomen van het Olweus-programma, maar wel aangepast aan de Nederlandse situatie. Daarvoor zijn gesprekken gevoerd met leerkrachten, directeuren en interne begeleiders van basisscholen.

Maatregelen op schoolniveau:

- Het maken van een invoeringsplan voor de verschillende onderdelen van het antipestbeleid;
- Het opzetten van een Kernteam Pesten dat de invoering coördineert;
- Het instellen van een schoolbrede gedragscode over het omgaan met pesten op school;
- Het organiseren van een schoolbrede ouderbijeenkomst over het project en pesten in het algemeen;
- Het afnemen van de PRIMA pestmeter op internet bij alle leerlingen van de bovenbouw en bespreken van resultaten. De pestmeter is een vragenlijst die inzicht biedt in de omvang van het pestprobleem en aangeeft hoe en waar er gepest wordt. De uitkomsten van het instrument kunnen samen met de leerlingen geëvalueerd worden en als basis dienen om pestgedrag in de klas aan te pakken;
- Het organiseren van een startbijeenkomst.

Maatregelen op groepsniveau:

- Het maken van groepsregels over pesten, bijvoorbeeld: We pesten elkaar niet; We proberen een kind dat gepest wordt te helpen; We vertellen het aan de juf of meester als we zelf of als andere kinderen gepest worden; We proberen ervoor te zorgen dat niemand buitengesloten wordt;
- Het voeren van groeps gesprekken over de groepsregels;
- Het geven van een lessenserie over pesten in groepen 6, 7 en 8;
- Het organiseren van een ouderbijeenkomst per groep;

Maatregelen op individueel niveau om het pesten te laten stoppen:

- Instellen van een surveillanceplan;
- Onmiddellijk ingrijpen als er gepest wordt;
- Systematisch onderzoeken van vermoedens van pesten;
- Voeren van gesprekken met ouders en leerlingen als er gepest wordt;
- Doorverwijzen van leerlingen naar hulpverlenende instanties als ze niet op bovenstaande manieren geholpen kunnen worden.

(Bron: Kennisbank NJi, maart 2011)

Triple P

| Level of Intervention | Target Population | Intervention Methods | Practitioners |
|---|---|--|--|
| LEVEL 1 Media-based parent information campaign Universal Triple P | All parents interested in information about promoting their child's development | Anticipatory well child care involving the provision of brief information on how to solve developmental and minor behavior problems. May involve self-directed resources, brief consultation, group presentations, mass media strategies, and telephone referral services | Media parent support institutions and/or health promotion |
| LEVEL 2 Brief selective intervention Selected Triple P | Parents with a specific concern/s about their child's behavior or development | Provision of specific advice for a discrete child problem behavior. May be self-directed or involve telephone or face-to-face clinician contact or group sessions | Parent support during routine well-youth health care (e.g., child and community health, education, allied health and childcare staff) |
| LEVEL 3 Narrow focus parent training Primary Care Triple P | Parents with a specific concern/s about their child's behavior or development who require consultations or active skills training | Brief therapy program (1 to 4 clinic sessions) combining advice, rehearsal and self-evaluation to teach parents to manage a discrete child problem behavior. May involve telephone or face-to-face clinician contact or group sessions | As for Level 2 |
| LEVEL 4 Broad focus parent training Standard Triple P Group Triple P Self-Directed Triple P | Parents wanting intensive training in positive parenting skills - typically parents of children with more severe behavior problems | Intensive program focusing on parent-child interaction and the application of parenting skills to a broad range of target behaviors. Includes generalization enhancement strategies. May be self-directed or involve telephone or face-to-face clinician contact or group sessions | Intensive parenting interventions (e.g., mental health and youth care and other allied health professionals who regularly consult with parents about child behavior) |
| LEVEL 5 Behavioral family intervention modules Enhanced Triple P | Parents of children with concurrent child behavior problems and family dysfunction such as parental depression or stress or conflict between partners | Intensive individually tailored program with modules including home visits to enhance parenting skills, mood management strategies and stress coping skills, and partner support skills. May involve telephone or face-to-face clinician contact or group sessions | Intensive family intervention work (e.g., mental health, youth care) |

Bron: De Graaf (2009; p. 10)

Bijlage D Referenties

- Aarsen, E. van, & Hoffius, R. Monitor Sociale veiligheid in het onderwijs 2007. Meting in het PO en SO. Eindrapport Projectnummer: B3267. Research voor Beleid, Leiden, 2007.
- Analitis, F., Velderman, M. K., Ravens-Sieberer, U., Detmar, S., Erhart, M., Herdman, M., et al. (2009). Being bullied: Associated factors in children and adolescents 8 to 18 years old in 11 european countries. *Pediatrics*, 123(1098-4275; 0031-4005; 2), 569-577.
- Arseneault, L., Bowes, L., & Shakoor, S. (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: 'much ado about nothing'? *Psychological Medicine*, 40(1469-8978; 0033-2917; 5), 717-729.
- Baldry, A., & Farrington, D. P. (2005). Protective factors as moderators of risk factors in adolescence bullying. *Social Psychology of Education*, 8(3), 263-284.
- Barker, E. D., Boivin, M., Brendgen, M., Fontaine, N., Arseneault, L., Vitaro, F., et al. (2008). Predictive validity and early predictors of peer-victimization trajectories in preschool. *Archives of General Psychiatry*, 65(10), 1185-1192.
- Bejerot, S., Edgar, J., & Humble, M. B. (2011). Poor performance in physical education - a risk factor for bully victimization. A case-control study. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, 100(3), 413-419.
- Bennett, K. J., Lipman, E. L., Brown, S., Racine, Y., Boyle, M. H., & Offord, D. R. (1999). Predicting conduct problems: Can high-risk children be identified in kindergarten and grade 1? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 470-480.
- Birkett, M., Espelage, D. L., & Koenig, B. (2009). LGB and questioning students in schools: The moderating effects of homophobic bullying and school climate on negative outcomes. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(7), 989-1000.
- Boulton, M. J., Chau, C., Whitehand, C., Mataya, K., & Urray, L. (2009). Concurrent and short-term longitudinal associations between peer victimization and school and recess liking during middle childhood. *The British Journal of Educational Psychology*, 79(2), 207-221.
- Bowes, L., Arseneault, L., Maughan, B., Taylor, A., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2009). School, neighborhood, and family factors are associated with children's bullying involvement: A nationally representative longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(1527-5418; 0890-8567; 5), 545-553.
- Bowes, L., Maughan, B., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2010). Families promote emotional and behavioural resilience to bullying: Evidence of an environmental effect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51(1469-7610; 0021-9630; 7), 809-817.
- Brunstein, Klomek, A., Sourander, A., & Gould, M. (2010). The association of suicide and bullying in childhood to young adulthood: A review of cross-sectional and longitudinal research findings. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 55(1497-0015; 0706-7437; 5), 282-288.
- Buhs ES, Ladd GW, & Herald SL. (2006). Peer exclusion and victimization: Processes that mediate the relation between peer group rejection and children's classroom engagement and achievement? *Journal of Educational Psychology*, 98(1), 1-13.
- Card, N. A., & Hodges, E. V. E. (2008). Peer victimization among schoolchildren: Correlations, causes, consequences, and considerations in assessment and intervention. *School Psychol Q*, 23(4), 451-461.
- Carlyle, K. E., & Steinman, K. J. (2007). Demographic differences in the prevalence, co-occurrence, and correlates of adolescent bullying at school. *The Journal of School Health*, 77(0022-4391; 0022-4391; 9), 623-629.
- Craig, W. M., & Pepler, D. J. (2003). Identifying and targeting risk for involvement in bullying and victimization. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 48, 577-582.
- Crothers, L. M., & Levinson, E. M. (2004). Assessment of bullying: A review of methods and instruments. *J Counseling Dev*, 82(4), 496-503.
- Databank effectieve jeugdinterventies, N. <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/03/055.html>; geraadpleegd mei 2012.

- Davis, S., Howell, P., & Cooke, F. (2002). Sociodynamic relationships between children who stutter and their non-stuttering classmates. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 43(7), 939-947.
- Deniz Ince. (2010). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'programma alternatieve denkstrategieën (PAD)'. utrecht: Nederlands jeugdinstituut. gedownload op 26-9-2011 van www.nji.nl*.
- Dorst van, A. G., Dusseldorp, E., Crone, M. R., Wiefferink, C. H., Buijs, G. J., & Paulussen, T. G. W. M. Effects of an anti-bullying program in dutch elementary schools. *submitted*.
- Due, P., Merlo, J., Harel-Fisch, Y., Damsgaard, M. T., Holstein, B. E., Hetland, J., et al. (2009). Socioeconomic inequality in exposure to bullying during adolescence: A comparative, cross-sectional, multilevel study in 35 countries. *American Journal of Public Health*, 99(1541-0048; 0090-0036; 5), 907-914.
- Duke, N., Pettingell, S., McMorris, B., & Borowsky, I. (2010). Adolescent violence perpetration: Associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics*, 125(1098-4275; 0031-4005; 4), e778-e786.
- Eeghen-Calism van, A. A. J., & Molen van der, H. (2006). *Vervolgonderzoek naar de cursus "Plezier op school" een onderzoek naar de effectiviteit van de sociale vaardigheidscursus "Plezier op school"*. Universiteit Utrecht.
- Ensor, R., Marks, A., Jacobs, L., & Hughes, C. (2010). Trajectories of antisocial behaviour towards siblings predict antisocial behaviour towards peers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 51(11), 1208-1216.
- Farrington DP, & Ttofi MM. (2009). School-based programs to reduce bullying and victimization. *Campbell Systematic Reviews*, 6(First published: 15 December 2009; Last updated: 8 March 2010.)
- Fekkes, M., Pijpers, F. I., Fredriks, A. M., Vogels, T., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2006). Do bullied children get ill, or do ill children get bullied? A prospective cohort study on the relationship between bullying and health-related symptoms. *Pediatrics*, 117(1098-4275; 0031-4005; 5), 1568-1574.
- Fekkes, M., Pijpers, F. I., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2005). Bullying: Who does what, when and where? involvement of children, teachers and parents in bullying behavior. *Health Education Research*, 20(0268-1153; 0268-1153; 1), 81-91.
- Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2009). The developmental epidemiology of childhood victimization. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(0886-2605; 0886-2605; 5), 711-731.
- Frisen, A., Holmqvist, K., & Oscarsson, D. (2008). 13-year-olds' perception of bullying: Definitions, reasons for victimisation and experience of adults' response. *Educational Studies*, 34(2), 105-117.
- Gini, G., & Pozzoli, T. (2009). Association between bullying and psychosomatic problems: A meta-analysis. *Pediatrics*, 123(1098-4275; 0031-4005; 3), 1059-1065.
- Gooren, E. M. J. C., Lier van, P. A. C., Goossens, F. X., Overveld van, C. W., Paulussen, T. G. W. M., & Koot, J. M. ((submitted)). Testing the role of social and emotional skills in early school-age development of peer relations.
- Goossens, F., Vermande, M., & Van de Meulen, M. (2012). *Pesten op school. achtergronden en interventies*.
- Graaf de, I., Onrusta, S., Havermana, M., & Janssens, J. (2009). Helping families improve: An evaluation of two primary care approaches to parenting support in the netherlands. *Infant and Child Development*, 18, 481-501.
- Graaf de, I., Speetjens, P., Smit, F., de Wolff, M., & Tavecchio, L. (2008). Effectiveness of the triple P positive parenting program on behavioral problems in children: A meta-analysis. *Behavior Modification*, 32(5), 714-735.
- Graaf de, I. M. (2009). *Helping families change. the adoption of the triple P – positive parenting program in the netherlands*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- Griffiths, L. J., Wolke, D., Page, A. S., & Horwood, J. P. (2006). Obesity and bullying: Different effects for boys and girls. *Archives of Disease in Childhood*, 91(1468-2044; 0003-9888; 2), 121-125.
- Hodges, E., Boivin, M., Vitaro, F., & Bukowski, W. (1999). The power of friendship: Protection against an escalating cycle of peer victimization. *Developmental Psychology*, 35, 94–101.

- Holmberg, K., & Hjern, A. (2008). Bullying and attention-deficit-hyperactivity disorder in 10-year-olds in a Swedish community. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 50(0012-1622; 0012-1622; 2), 134-138.
- Huitsing, G., Van der Meulen, M., & Veenstra, R. (2012). Pesten als groepsproces. In F. Goossens, M. Vermande, & M. Van der Meulen (Eds.), *Pesten op school: Achtergronden en interventies* (pp. 81-97). Den Haag: Boom.
- Huitsing, G., & Veenstra, R. (2012a). Bullying in classrooms: Participant roles from a social network perspective. *Aggressive Behavior*, 38, 494-509.
- Huitsing, G. & Veenstra, R. (2012b). Het KiVa-antipestprogramma. De cruciale rol van de groep. In F. Goossens, M. Vermande, & M. Van der Meulen (Eds.), *Pesten op school: Achtergronden en interventies* (pp. 152-159). Den Haag: Boom.
- Jansen, D. E., Veenstra, R., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Reijneveld, S. A. (2011). Early risk factors for being a bully, victim, or bully/victim in late elementary and early secondary education. the longitudinal TRAILS study. *BMC Public Health*, 11, 440.
- Kärnä, A., Voeten, M., Poskiparta, E., & Salmivalli, C. (2010). Vulnerable children in varying classroom contexts: Bystanders' behaviors moderate the effects of risk factors on victimization. *Merrill-Palmer Quarterly*, 56, 261-282.
- Kärnä, A., Voeten, M., Little, T. D., Poskiparta, E., Kaljonen, A., & Salmivalli, C. (2011). A large-scale evaluation of the KiVa antibullying program: Grades 4-6. *Child Development*, 82(1), 311-330.
- Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., & Boyce, W. T. (2009). Bullying increased suicide risk: Prospective study of Korean adolescents. *Archives of Suicide Research*, 13(1543-6136; 1381-1118; 1), 15-30.
- Kiriakidis, S. P., & Kavoura, A. (2010). Cyberbullying: A review of the literature on harassment through the internet and other electronic means. *Family & Community Health*, 33(1550-5057; 0160-6379; 2), 82-93.
- Klomek, A. B., Sourander, A., Niemela, S., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., et al. (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: A population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(1527-5418; 0890-8567; 3), 254-261.
- Lamb, J., Pepler, D. J., & Craig, W. (2009). Approach to bullying and victimization. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 55(1715-5258; 0008-350; 4), 356-360.
- Lund, R., Nielsen, K. K., Hansen, D. H., Kriegabaum, M., Molbo, D., Due, P., et al. (2009). Exposure to bullying at school and depression in adulthood: A study of Danish men born in 1953. *European Journal of Public Health*, 19(1464-360; 1101-1262; 1), 111-116.
- Mohapatra, S., Irving, H., Paglia-Boak, A., Wekerle, C., Adlaf, E., & Rehm, J. (2010). History of family involvement with child protective services as a risk factor for bullying in Ontario schools. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(3), 157-163.
- Montes, G., & Halterman, J. S. (2007). Bullying among children with autism and the influence of comorbidity with ADHD: A population-based study. *Ambul.Pediatr.*, 7(1530-1567; 1530-1567; 3), 253-257.
- Mooij, T. (1998). Pupil-class determinants of aggressive and victim behaviour in pupils. *The British Journal of Educational Psychology*, 68 (Pt 3)(Pt 3), 373-385.
- Nadeau, L., & Tessier, R. (2009). Social adjustment at school: Are children with cerebral palsy perceived more negatively by their peers than other at-risk children? *Disability and Rehabilitation*, 31(4), 302-308.
- Nakamoto, J., & Schwartz, D. (2010). Is peer victimization associated with academic achievement? A meta-analytic review. *Social Development*, 19(2), 221-242.
- Nansel, T. R., Overpeck, M., Pilla, R. S., Ruan, W. J., Simons-Morton, B., & Scheidt, P. (2001). Bullying behaviors among US youth: Prevalence and association with psychosocial adjustment. *JAMA : The Journal of the American Medical Association*, 285(0098-7484; 0098-7484; 16), 2094-2100.
- Nordhagen, R., Nielsen, A., Stigum, H., & Kohler, L. (2005). Parental reported bullying among Nordic children: A population-based study. *Child: Care, Health and Development*, 31(6), 693-701.

- Olson, S. L., Lopez-Duran, N., Lunkenheimer, E. S., Chang, H., & Sameroff, A. J. (2011). Individual differences in the development of early peer aggression: Integrating contributions of self-regulation, theory of mind, and parenting. *Development and Psychopathology*, *23*(1), 253-266.
- Olweus, D. (1994). Bullying at school: Basic facts and effects of a school based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *35*(0021-9630; 0021-9630; 7), 1171-1190.
- Overbeek, G., Zeevalkink, H., Vermulst, A., & Scholte, R. H. J. (2010). Peer victimization, self-esteem, and ego resilience types in adolescents: A prospective analysis of person-context interactions. *Social Development*, *19*(2), 270-284.
- Reijntjes, A., Kamphuis, J. H., Prinzie, P., & Telch, M. J. (2010). Peer victimization and internalizing problems in children: A meta-analysis of longitudinal studies. *Child Abuse & Neglect*, *34*(1873-7757; 0145-2134; 4), 244-252.
- Rooijen van, K. (2010). *Wat werkt tegen pesten?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Ruiter de, C. ZonMw project; <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/randomized-controlled-trial-rct-of-parent-management-training-oregon-model-pmto-for-children-wit/> geraadpleegd sept 2011.
- Sainio, M., Veenstra, R., Huitsing, G., & Salmivalli, C. (2011). Victims and their defenders: A dyadic approach. *International Journal of Behavioral Development*, *35*, 144-151.
- Salmivalli, C. (1999). Participant role approach to school bullying: Implications for interventions. *Journal of Adolescence*, *22*(0140-1971; 0140-1971; 4), 453-459.
- Santalahti, P., Sourander, A., Aromaa, M., Helenius, H., Ikaheimo, K., & Piha, J. (2008). Victimization and bullying among 8-year-old finnish children: A 10-year comparison of rates. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *17*(1435-165; 1018-8827; 8), 463-472.
- Schwartz, D., Gorman, A. H., Nakamoto, J., & Toblin, R. L. (2005). Victimization in the peer group and children's academic functioning. *Journal of Educational Psychology*, *97*(3), 425-435.
- Serketisch, W. J., & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, *27*, 171-186.
- Shields, A., & Cicchetti, D. (2001). Parental maltreatment and emotion dysregulation as risk factors for bullying and victimization in middle childhood. *Journal of Clinical Child Psychology*, *30*(0047-228; 0047-228; 3), 349-363.
- Sourander, A., Jensen, P., Ronning, J. A., Niemela, S., Helenius, H., Sillanmaki, L., et al. (2007). What is the early adulthood outcome of boys who bully or are bullied in childhood? the finnish "from a boy to a man" study. *Pediatrics*, *120*(1098-4275; 0031-4005; 2), 397-404.
- Spriggs, A. L., Iannotti, R. J., Nansel, T. R., & Haynie, D. L. (2007). Adolescent bullying involvement and perceived family, peer and school relations: Commonalities and differences across race/ethnicity. *The Journal of Adolescent Health : Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, *41*(1879-1972; 1054-139; 3), 283-293.
- Twyman, K. A., Saylor, C. F., Saia, D., Macias, M. M., Taylor, L. A., & Spratt, E. (2010). Bullying and ostracism experiences in children with special health care needs. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics : JDBP*, *31*(1), 1-8.
- Vaillancourt, T., McDougall, P., Hymel, S., Krygsman, A., Miller, J., Stiver, K., et al. (2008). Bullying: Are researchers and Children/Youth talking about the same thing? *International Journal of Behavioral Development*, *32*(6), 486-495.
- Vaillancourt, T., Trinh, V., McDougall, P., Duku, E., Cunningham, L., Cunningham, C., et al. (2010). Optimizing population screening of bullying in school-aged children. *J School Violence*, *9*(3), 233-250.
- van de Wiel, N. M., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P. T., Maassen, G. H., Lochman, J. E., & van Engeland, H. (2007). The effectiveness of an experimental treatment when compared to care as usual depends on the type of care as usual. *Behavior Modification*, *31*(3), 298-312.
- Van de Wiel, N. M. H., Hoppe, A., & Matthys, W. (2005). *Minder boos en opstandig: Een gedragstherapeutisch programma voor kinderen met disruptieve gedragsstoornissen en hun ouders*. Utrecht: Utrecht Medisch Centrum.

- van Lier, P. A., Muthen, B. O., van der Sar, R. M., & Crijnen, A. A. (2004). Preventing disruptive behavior in elementary schoolchildren: Impact of a universal classroom-based intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 467-478.
- Vegt van der, A. L., Diepeveen, M., Klerks, M., Voorpostel, M., & Weerd de, M. (2001). *Je verweren kun je leren: Evaluatie van de maretje kesselsprojecten amsterdam, regioplan, november 2001 regioplan onderwijs en arbeidsmarkt, nr. OA-224.*
- Vervoort, M. H., Scholte, R. H., & Overbeek, G. (2010). Bullying and victimization among adolescents: The role of ethnicity and ethnic composition of school class. *J.Youth.Adolesc., 39*(1573-6601; 0047-2891; 1), 1-11.
- Vlieg, L. (2010). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'kanjertraining'. utrecht: Nederlands jeugdinstituut. gedownload op 11-5-2011 van www.nji.nl.*
- Vlieg, L., & Orobio de Castro, B. (2010). Stimulating positive social interaction: What can we learn from TIGER ("kanjertraining")? In B. Doll, J. Baker, B. Pfohl & J. Yoon (Eds.), *Handbook of youth prevention science* (pp. 286-306). New York: Routledge.
- Vries de, W. *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'Triple P'. utrecht (juni 2005; update december 2008). www.nji.nl, geraadpleegd juni 2011.*
- Wang, J., Iannotti, R. J., Luk, J. W., & Nansel, T. R. (2010). Co-occurrence of victimization from five subtypes of bullying: Physical, verbal, social exclusion, spreading rumors, and cyber. *Journal of Pediatric Psychology, 35*(10), 1103-1112.
- Wolke, D., Woods, S., Stanford, K., & Schulz, H. (2001). Bullying and victimization of primary school children in england and germany: Prevalence and school factors. *British Journal of Psychology (London, England : 1953), 92*(Pt 4), 673-696.
- Zwikker, M., & Everdingen van, J. (2008). *Databank effectieve jeugdinterventies: Beschrijving 'parent management training oregon (PMTO)'. utrecht: Nederlands jeugdinstituut. gedownload op 28-9-2011 van www.nji.nl.*