

# Stepping Stones Triple P Opvoedhulp voor ouders van kinderen met een beperking

Evaluatie van een pilot studie



Ireen de Graaf  
Paula Speetjens

# **Stepping Stones Triple P** **Opvoedhulp voor ouders van kinderen** **met een beperking**

Evaluatie van een pilot studie

## Colofon

### *Projectleiding*

Ireen de Graaf

### *Uitvoering*

Paula Speetjens

Ireen de Graaf

### *Productiebegeleiding*

Joris Staal

### *Omslagontwerp*

Ladenius Communicatie BV Houten

### *Opdrachtgevers*

- Stichting tot bevordering van sociale en pedagogische zorg op protestants christelijke grondslag Utrecht
- Stichting SPZ
- Fonds Verstandelijk Gehandicapten

### *Beeld*

www.istockphoto.com

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

Deze uitgave is te downloaden via [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl) met artikelnummer AF0995.

Trimbos-instituut  
Da Costakade 45  
Postbus 725  
3500 AS Utrecht  
T: 030-2971100  
F: 030-2971111  
[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

© 2010, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

## **Inhoud**

|                                                             |           |
|-------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Samenvatting</b>                                         | <b>5</b>  |
| <b>Inleiding</b>                                            | <b>7</b>  |
| <b>1 Onderzoeksopzet</b>                                    | <b>11</b> |
| 1.1 Inleiding                                               | 11        |
| 1.2 Projectstructuur                                        | 12        |
| 1.3 Voorbereidende fase                                     | 12        |
| 1.4 Onderzoekopzet                                          | 13        |
| <b>2 Resultaten effectstudie</b>                            | <b>17</b> |
| 2.1 Onderzoekspopulatie                                     | 17        |
| 2.2 Resultaten                                              | 19        |
| 2.3 Conclusie                                               | 24        |
| <b>3 Resultaten implementatiestudie</b>                     | <b>27</b> |
| 3.1 Vragenlijst bevorderende en belemmerende factoren       | 27        |
| 3.2 Professionals en instellingen                           | 27        |
| 3.3 Intervisie, projectbijeenkomst, afsluitende bijeenkomst | 29        |
| 3.4 Ervaringen gedurende de pilot                           | 30        |
| 3.5 Conclusie                                               | 31        |
| <b>4 Conclusie en aanbevelingen</b>                         | <b>33</b> |
| <b>Literatuur</b>                                           | <b>35</b> |



## Samenvatting

Van maart 2008 tot juli 2010 is een pilot uitgevoerd naar interventie Stepping Stones Triple P. Dit betrof een interventie van 10 sessies dat individueel werd aangeboden aan ouders van kinderen met een beperking. De effectiviteit en implementeerbaarheid van de Stepping Stones interventie is bestudeerd met als doel een onderbouwd advies uit te kunnen brengen betreffende de voortzetting van de interventie in Nederland. We hebben onderzocht of de interventie in een pre-post design effectief is wat betreft probleemgedrag van het kind en opvoedvaardigheden en welzijn van de ouders. Tevens hebben we gekeken of de interventie implementeerbaar is in de Nederlandse situatie.

### Effectmeting

De problemen van het kind zijn gemeten met de Vragenlijst Ontwikkeling en Gedrag-Ouderversie (VOG-O); de opvoedvaardigheden van de ouders met de Vragenlijst Opvoedstijlen (PS), Competentieschaal ouders en Checklist Opvoedproblemen (PPC) en Algemeen Gezinsfunctioneren (FAD-N). De mate van depressieve klachten, angstklachten en stress bij ouders is gemeten met de Depressie Angst Schaal (DASS-21) en de Vragenlijst Kwaliteit Partnerrelatie (RQI).

In totaal hebben 171 ouders de toestemmingsformulieren ondertekend en de voormeting ingevuld. Op de nameting hebben 109 ouders (64%) een vragenlijst ingevuld. Het merendeel (83%) van de ouders is moeder en ook is het merendeel (86%) is van autochtone afkomst. Het betrof meestal (70%) een regulier gezin waarin beide ouders aanwezig zijn, bijna een kwart (23%) van de gezinnen betrof een eenouder gezin. Ruim driekwart van de respondenten heeft een gemiddelde opleiding genoten. Ruim de meerderheid van de kinderen was een jongen (65%) en de gemiddelde leeftijd is bijna 7 jaar. Ongeveer driekwart (73%) van de kinderen heeft een ontwikkelingsachterstand en de helft van de kinderen heeft een verstandelijke beperking (50%) en 20% heeft een gezichts- gehoorbeperking.

De belangrijkste resultaten zijn:

- Ouders die deelnemen aan Stepping Stones Triple P rapporteren een significante afname in (veelal klinische) probleemgedrag van de kinderen, een significante verbetering van opvoedvaardigheden en competenties van de ouders, het algemeen gezinsfunctioneren, alsmede een verbetering van het welzijn van de ouders.
- Ouders van kinderen die op een aantal schalen van de VOG-O, namelijk 'anti-sociaal', 'in zichzelf gekeerd', 'angst' en 'sociale beperkingen' op de voormeting in het klinische gebied scoren, rapporteren een grotere vooruitgang in het gedrag van het kind dan ouders waarbij het kind niet in het klinische gebied van de VOG-O scoort.
- Ouders die op de FAD-N op de voormeting in het klinische gebied scoren, rapporteren een grotere vooruitgang in gezinsfunctioneren dan ouders die niet in het klinische gebied van de FAD-N scoren.
- Ouders die op de voormeting zowel op de VOG-O als op de FAD-N niet in het klinische gebied scoren hebben ook baat bij deze interventie, al zijn de effecten klein.

### Tevredenheid ouders

Aan het einde van de vragenlijst voor de ouders was een klanttevredenheidslijst (CSQ – Client Satisfaction Questionnaire) opgenomen. De lijst is ingevuld door 145 ouders. Dat zijn nagenoeg alle ouders die de nameting hebben ingevuld. De vragenlijst bestond uit 13 vragen met een zevenpuntsschaal. De waardering van de ouders over de interventie zijn over het algemeen positief. Het hoogst is gescoord op de vraag of de Triple P aan-

pak ertoe heeft bijgedragen dat de ouder beter kan omgaan met de problemen binnen het gezin en over de ontvangen hulp. Het laagst is gescoord op de vraag of de relatie met de partner is verbeterd. Dit is echter geen primair doel van de interventie. Er is een kleine groep ouders waarbij de interventie niet volledig voorziet in de behoeften van de ouders.

### **Resultaten implementatiestudie**

In totaal zijn er tijdens de twee trainingen 36 professionals opgeleid die werkzaam zijn bij negen instellingen. Deze betroffen de volgende MEE-instellingen: Mee Amstel en Zaan, Mee Twente, Mee Noordwest-Holland, Mee Utrecht, MEE Gooi en Vecht, MEE West-Brabant, MEE Zeeland, MEE Zuid Oost Brabant. Daarnaast doen ook Bavo Europoort en Kleur mee.

Vijftien professionals (41%) hebben een vragenlijst ingevuld. Deze 15 getrainde professionals zijn gemiddeld 41 jaar oud (28 jaar – 52 jaar) en allen zijn vrouw. De meeste professionals gaven al geruime tijd opvoedingsondersteuning.

### **Conclusie**

De implementatie van Stepping Stones Triple P is goed verlopen. Met de verlenging van 3 maanden is het gelukt om genoeg aantal ouders te werven. Vanuit de coördinatoren, professionals en ouders is de vraag naar deze interventie aanwezig. Echter, het aantal en de duur van de sessies dient besproken te worden. Veel ouders, en zeker LVG-ouders, hadden meer tijd per sessie nodig. Verder zijn aandachtspunten voor een structurele en landelijke implementatie: meer tijd om de interventie eigen te maken, verbetering in de vertalingen en een meer aansprekende DVD, de ondersteuning binnen de organisaties zelf, een verbetering van de vragenlijsten.

## Inleiding

Internationale studies laten zien dat kinderen met een verstandelijke beperking een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van psychologische problemen. Zo zijn zij 2-3 keer meer kwetsbaar voor het ontwikkelen van milde tot ernstige gedragsproblemen dan kinderen zonder verstandelijke beperking (Sanders, in druk). Bijna de helft van de verstandelijk beperkte kinderen heeft emotionele- en gedragsproblemen. Psychische problematiek in de jeugd, met name ernstige gedragsproblemen, vormt een groot risico voor psychosociale problematiek in de volwassenheid (Ferdinant, Verhulst & Wiznitzer, 1995).

Ouders van kinderen met een verstandelijke beperking ervaren vaak meer moeilijkheden en stress in de opvoeding dan ouders van kinderen zonder beperking zeker wanneer het gaat om een ernstige beperking of meerdere beperkingen (Sanders, in druk). Wanneer de beperking bovendien gepaard gaat met gedragsproblemen, verhoogt dit de stress voor de ouders aanzienlijk (Volman, Dijk & Braakman, 2005). Een groot aantal ouders van kinderen met een dergelijke dubbele diagnostiek uit dan ook behoefte aan ondersteuning (Knussen, Turner & Cunningham, 1991). Quine en Pal (1995) wijzen de aanwezigheid van gedragsproblemen zelfs als belangrijkste factor aan bij het voorspellen van de hulpbehoefte van ouders met een kind met een verstandelijke beperking. De aanwezigheid van gedragsproblemen is bovendien sterk van invloed op het besluit van ouders om hun kind al dan niet uit huis te plaatsen (Bromley & Blacher, 1991).

Om de draaglast van ouders van een kind met een verstandelijke beperking (en hun omgeving) te verminderen en ernstige(re) gedragsproblematiek bij de kinderen te voorkomen, is vroegtijdige interventie van groot belang. Onderzoek wijst uit dat versterking van de opvoedingsvaardigheden van ouders van kinderen met een beperking, een positieve invloed heeft op de gedragsproblemen van deze kinderen (Sanders, in press). Door ouders bovendien te trainen in het omgaan met de gedragsproblemen van hun kind, zijn verdere positieve resultaten te behalen (Forgatch & Patterson, 1998). Denk bijvoorbeeld aan de financiële, sociale en emotionele winst die behaald wordt wanneer voorkomen wordt dat gedragsproblemen voortduren tijdens de adolescentie en in de volwassenheid.

Inmiddels worden in Nederland binnen de JGZ, GGZ, jeugdhulpverlening en gehandicaptenzorg enkele programma's voor opvoedingsondersteuning aangeboden aan ouders van kinderen met (ernstige) gedrags- en emotionele problemen. Hierbinnen zijn echter enkele knelpunten te onderscheiden:

- 1) Zo is er een beperkt aanbod in de GGZ en jeugdhulpverlening. In de JGZ worden interventies aangeboden, maar het aanbod is versnipperd en de interventies zijn divers en willekeurig van aard. De kwaliteit van het aanbod kan verbeterd worden. Bovendien is er maar beperkt gericht aanbod voor ouders van kinderen met een verstandelijke beperking en (ernstige) gedragsproblemen.
- 2) Er zijn nog weinig 'evidence based' opvoedingsondersteuning interventies, die voor de Nederlandse situatie zijn gevalideerd. De behoefte aan dergelijke programma's is groot.
- 3) In de meeste regio's ontbreekt een integrale aanpak. Lokale en regionale organisaties bieden opvoedingsondersteuning, maar de regie over en samenhang tussen het totale aanbod kan veel beter.

Diverse organisaties die werken met kinderen met een verstandelijke beperking uiten hun behoefte aan een evidence-based, goed onderbouwd en kosteneffectief interventie-

programma voor (kortdurende) opvoedingsondersteuning, die aansluit bij de zorgvraag van hun doelgroep. In het bijzonder is de groep *opvoedingsondersteuning* (O&O) van stichting MEE in het kader van kwaliteitsontwikkeling op zoek naar een methodiek voor kortdurende ondersteuning in het verlengde van het aanbod van MEE Nieuwe Stijl. Zij willen investeren in een methodiek die goed ingebed is in landelijke ontwikkelingen en waarmee een samenhangend hulpverleningsaanbod gerealiseerd kan worden die goed aansluit bij de hulpvraag van de ouders. Het programma 'Stepping Stones Triple P' kan wellicht in deze behoefte voorzien.

#### *Triple P - Positief Pedagogisch Programma*

Triple P staat voor Positief Pedagogisch Programma. Het programma is in Australië ontwikkeld en biedt opvoedingsondersteuning aan ouders met kinderen van 0-16 jaar. Het programma wordt gekenmerkt door 25 jaar research en ontwikkeling.

Het doel van Triple P is het voorkomen van (ernstige) emotionele en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap. In het programma leren ouders gebruik te maken van de dagelijkse communicatie in het gezin om hun kinderen adequaat emotioneel te ondersteunen en hun sociale competentie en probleemoplossend vermogen te stimuleren. Zo leren zij hoe zij gewenst gedrag bij hun kind kunnen stimuleren en ongewenst gedrag kunnen reguleren. Triple P is gebaseerd op vijf basisprincipes van positief opvoeden:

- kinderen een veilige en stimulerende omgeving bieden;
- kinderen laten leren door positieve ondersteuning;
- een aansprekende discipline hanteren;
- realistische verwachtingen hebben, en
- goed voor jezelf zorgen.

Triple P beoogt:

- competentere opvoedingsgedrag bij het omgaan met gedrags- en faseproblemen;
- minder gebruik van dwingende en negatieve disciplinevormen;
- betere communicatie over opvoedingskwetsies tussen ouders onderling en tussen ouders en kind
- minder gedragsproblemen bij de kinderen
- minder opvoedingsstress.

Triple P biedt ondersteuning op vijf verschillende niveaus, variërend van licht tot intensief (zie tabel 1). Samen bieden zij een samenhangend systeem van interventies dat ouders voorziet van de door hen gewenste informatie en steun bij de opvoeding.

Triple P gaat uit van het principe van kosteneffectiviteit. Dit betekent dat ouders niet meer ondersteuning wordt geboden dan zij nodig hebben. Sommige ouders zijn met informatie al geholpen, terwijl anderen meer steun vragen. De opvoedingsondersteuning kan bovendien schriftelijk of mondeling plaatsvinden, individueel of groepsgevoegs en zelfs als zelfhulp. Het programma kan daardoor goed aansluiten bij de behoeften van ouders.

De kracht van het Triple P programma is dat alle interventies zijn gebaseerd op de zelfde theoretische uitgangspunten en gedragsprincipes (waaronder de sociale leertheorie, de cognitieve gedragstherapie en de ontwikkelingspsychologie evenals onderzoek naar de risicofactoren en beschermende factoren geassocieerd met de ontwikkeling van sociale en gedragsproblemen in kinderen). Bovendien zijn de interventieniveaus empirisch goed gefundeerd en sluiten zij op elkaar aan. Daarmee legt Triple P de basis voor een samenhangende, geïntegreerde aanpak van emotionele en gedragsproblemen bij kinde-

ren. Triple P voorziet dus in de behoefte aan evidence-based, kosteneffectieve programma's voor opvoedingsondersteuning, die gevalideerd zijn voor de Nederlandse situatie.

### *Stepping Stones Triple P*

Naast het kernprogramma kent Triple P een aantal aanpassingen voor specifieke doelgroepen, waarvan bekend is dat zij grote risico's lopen op de ontwikkeling van ernstige problemen. Stepping Stones Triple P (SSTP) is zo'n aanpassing van het kernprogramma en is speciaal ontwikkeld voor ouders met kinderen (0-12 jaar) met een ontwikkelingsstoornis, beperking of handicap (bijvoorbeeld: Down-syndroom, gehoorstoornissen, Autisme). Het programma heeft tot doel om de competentie van ouders te verhogen om zo met die gedragsproblemen en ontwikkelingsproblemen om te kunnen gaan die veel voorkomen onder kinderen met een beperking. SSTP heeft, net als de reguliere Triple P eveneens 5 interventieniveaus. De vijf basisprincipes voor positief opvoeden worden echter uitgebreid met een aantal principes die specifiek gerelateerd zijn aan het opvoeden van een kind met een beperking, zoals aandacht voor de gezinsaanpassingen en stress die daarmee samenhangen. De standaard opvoedingsstrategieën blijken namelijk vaak ontoereikend voor deze doelgroep.

De literatuur laat zien dat er bepaalde problemen zijn die meer voorkomen onder kinderen met een beperking dan onder kinderen zonder beperking (zoals zelfverwonding en herhaalgedrag). Hiervoor zijn extra protocollen ontwikkeld. Daarnaast is het materiaal toegankelijker en meer geschikt gemaakt voor ouders van kinderen met een beperking (ondermeer door de aanpassing van formuleringen en voorbeelden).

In het huidige project gaat het om de vertaling van het individuele aanbod van SSTP voor ouders van kinderen met een beperking met (ernstige) gedragsproblemen. Deze interventie is in Australië inmiddels uit ontwikkeld. De interventies op de andere niveau's en de groeps- en zelfhulpvariant op niveau 4 van Triple P Stepping Stones worden op dit moment in Australië onderzocht en zullen op korte termijn ook beschikbaar zijn. Het is de bedoeling om in de toekomst ook de overige interventies in Nederland te implementeren.

### *Vergelijking met andere programma's*

Wat maakt Stepping Stones anders dan andere programma's voor opvoedingsondersteuning van ouders van kinderen met een (verstandelijke) beperking en gedragsproblematiek? In Nederland kennen we ondermeer het *Portage Programma Nederland* (1993), gericht op het stimuleren van de ontwikkeling van kinderen in de leeftijd van 0-6 jaar op verschillende ontwikkelingsdomeinen (sociale ontwikkeling, taal, zelfredzaamheid, cognitieve ontwikkeling en motoriek), het tot stand brengen van gewenste gedragsveranderingen en het ondersteunen van de opvoeders (Oenema-Mostert, 2006). Daarnaast is er het '*Macquarie Program*' dat intussen is vervangen door het meer ouderfreundelijke "*Kleine stapjes*." Dit programma biedt ouders van kinderen tot 4 jaar met een ontwikkelingsachterstand praktische richtlijnen om kinderen in hun thuisomgeving een gerichte, alerte opvoeding te geven. Voor een deel is Stepping Stones vergelijkbaar met dergelijke programma's, zoals de oorsprong in de sociale leertheorie, de aandacht voor de ouder-kind relatie, de actieve vaardigheidstraining en de evidence-based achtergrond. Anderzijds zijn er belangrijke verschillen. Ten eerste richt Stepping Stones zich op een bredere doelgroep (van 0-12) dan de genoemde programma's. Daarnaast maakt Stepping Stones deel uit van een ketenaanpak van opeenvolgende interventies uit meerdere disciplines,

die uit eenzelfde visie opgebouwd zijn en dus op elkaar afgestemd zijn. Het is juist door deze ketenaanpak dat kosteneffectief werken mogelijk is (minimaal waar mogelijk, maximaal waar nodig). Stepping Stones onderscheidt zich bovendien door zijn grote nadruk op zelfregulatie: ouders leren zichzelf competent te voelen en hun eigen kompas te varen. Niet onbelangrijk om te noemen is het dat Triple P daarnaast in meerdere aanbiedingsvormen, op verschillende niveaus en in verschillende landen effectief bevonden is, wat een veelbelovend vooruitzicht is voor Stepping Stones Triple P (Blokland, 2005).

Het project 'Vertaling, aanpassing en evaluatie van niveau 4 van Stepping Stones Triple P' is op 1 maart 2008 gestart en duurde tot 1 juli 2010. Dit project dient gezien te worden in het kader van de invoering van het totale Triple P programma in Nederland. Verschillende onderdelen van het Triple P programma zijn inmiddels in Nederland geïmplementeerd en zijn onderdeel van de dagelijkse praktijk van beroepskrachten van diverse organisaties.

In dit verslag presenteren we de resultaten van het onderzoek dat tijdens deze pilot naar de Stepping Stones Triple P interventie is uitgevoerd. Dit onderzoek betrof een veranderingsonderzoek (voor en na de interventie) om inzicht te krijgen in de effecten van de interventie en een implementatiestudie met als doel om te onderzoeken of en hoe SSTP in Nederland implementeerbaar is.

Om te testen of de interventie goed implementeerbaar is en past binnen de werkzaamheden van de beroepskrachten hebben de beroepskrachten een vragenlijst ingevuld over de bevorderende en belemmerende factoren bij uitvoering.

Een klein deel van de professionals (15 van de 36) heeft de vragenlijst 'belemmerende en bevorderende factoren van implementatie' ingevuld. Tijdens de afsluitende bijeenkomst op 16 juni 2010 bleek men het erg jammer te vinden dat de vragenlijst maar door 42% is ingevuld. Voorgesteld werd om de vragenlijst nog een keer in te vullen, ook omdat het misschien te vroeg is afgenomen, waardoor er nog weinig ervaring met de uitvoering was. Iedereen heeft inmiddels de vragenlijst opnieuw ontvangen. Als daar voldoende respons uit komt, zullen de resultaten in het eindrapport zo nodig worden aangevuld.

In hoofdstuk 1 worden de voorbereidende fase en de onderzoeksopzet beschreven. De hoofdstukken 2, 3 en 4 gaan in op het effect- en implementatieonderzoek. De rapportage wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen.

# 1 Onderzoeksofzet

## 1.1 Inleiding

Uitgangspunt van deze pilot was dat Stepping Stones Triple P een zinvolle interventie voor Nederland zou kunnen zijn. Verschillende studies hebben uitgewezen dat de trainingsmethoden die gebruikt worden in SSTP bijdragen aan het reduceren van probleemgedrag onder kinderen met intellectuele en fysieke beperkingen (Harrold et al., 1992; Roberts et al. 2002, Sanders & Plant, 1989; Sanders et al. 2002). Daarnaast wijst onderzoek uit dat het Stepping Stones programma ook geschikt is voor ouders die zelf een verstandelijke beperking hebben (Sanders, Mazzucchelli & Studman, in press.), indien zij op bepaalde punten aangepast wordt (waaronder meer aandacht op videobeelden dan op geschreven oefeningen, het toevoegen van sessies, visuele checklisten etc.).

Tevens is er bij professionals een grote behoefte naar een Triple P variant voor ouders van kinderen met een beperking om daarmee hun aanbod uit te breiden. Echter, alvorens deze variant landelijk te implementeren was het van belang om te toetsen of het aannemelijk is dat de interventie werkzaam is en om te kijken of de interventie geschikt is voor implementatie in de Nederlandse situatie.

Het is van belang om te weten of de interventies die we in het Nederlandse zorgsysteem inzetten "werken". De gouden standaard om antwoord te geven op deze vraag is de RCT (Randomised Controlled Trial), eventueel aangevuld met een KEA (kosteneffectiviteitsanalyse). Maar, alvorens deze -veelal kostbare- studies succesvol uit te kunnen voeren is het van belang dat het *aannemelijk* is dat een interventie effectief is en dat de interventie *gereed* is voor landelijke implementatie. Wanneer het niet op zijn minst aannemelijk is dat een interventie werkzaam is, is het niet zinvol om een RCT uit te voeren. Wanneer de materialen of implementatiestructuur niet goed zijn is het onmogelijk een zinvolle RCT uit te voeren. Teveel factoren zullen dan het effect kunnen beïnvloeden. Het wordt verstandig geacht om deze twee zaken van te voren te onderzoeken en op orde te brengen alvorens een RCT en/of KEA uit te voeren.

Een ander belangrijk punt is om er voor te zorgen dat de *juiste* personen de interventie volgen. Het is niet efficiënt om iemand een interventie te laten volgen waarvan op voorhand bekend is dat hij of zij er geen baat bij heeft. Bijvoorbeeld omdat de problematiek onvoldoende aansluit bij het aanbod, deelname een bepaald opleidingsniveau vraagt of omdat de interventie in de praktijk niet geschikt blijkt voor een bepaalde leeftijdsgroep. Maar wat zijn de criteria hiervoor? Of anders gesteld: wie hebben er baat bij het volgen van een cursus? Antwoord op deze vraag geeft professionals de mogelijkheid tot een zorgvuldige indicatiestelling en zal ervoor zorgen dat middelen doelmatig worden ingezet.

Middels deze pilot hebben we de effectiviteit en de implementeerbaarheid van Stepping Stones Triple P bestudeerd teneinde een onderbouwd advies uit te kunnen brengen betreffende voortzetting van de interventie in Nederland en het doen van vervolgonderzoek. Allereerst hebben we de interventie vertaald en aangepast. Vervolgens hebben we onderzocht of de interventie in een pre-postdesign effectief is en hebben we gekeken of de interventie implementeerbaar is in de Nederlandse situatie.

## 1.2 Projectstructuur

Voorafgaand aan het project is een projectstructuur vastgesteld. Deze vond op verschillende niveaus plaats:

Voorafgaand aan het project is een projectstructuur vast gesteld. Deze vindt op verschillende niveaus plaats:

- Landelijk niveau. Het Trimbos-instituut is projectleider en heeft de taak om de tijd, kwaliteit en financiën te bewaken (volgens de principes van projectmanagement). Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) is betrokken bij de trainingen en de implementatie op landelijk niveau na de afronding van dit project. Ook organiseert het NJI de begeleide intervisie. Deze twee instituten komen maandelijks bijeen om de voortgang te bespreken.
- Niveau van lokale coördinatoren. Verschillende instellingen uit het land nemen deel aan dit project. Dit zijn de volgende MEE-instellingen: Mee Amstel en Zaan, Mee Twente, Mee Noordwest-Holland, Mee Utrecht, MEE Gooi en Vecht, MEE West-Brabant, MEE Zeeland, MEE Zuid Oost Brabant. Daarnaast doen ook Bavo Europoort en Kleur mee. Afgevaardigden van iedere instelling nemen deel aan een coördinatoren overleg. Ter ondersteuning van de MEE-instellingen is hierbij ook MEE Nederland betrokken. Deze coördinatoren komen ongeveer 3 a 4 keer per jaar bij elkaar om de voortgang te bespreken.
- Niveau van uitvoerende professionals. De professionals worden aangestuurd en geïnformeerd door de coördinatoren en komen soms ook landelijk bijeen voor informatiebijeenkomsten.
- Internationaal niveau. Omdat de organisatie 'Triple P International' in Australië de eigenaar van het programma is, vindt nauwe samenwerking met hen plaats. In dit project betrof dat de vertaling van de materialen, de organisatie van de trainingen en de evaluatie.

## Financiering van het project

Dit project is mogelijk gemaakt door financiering van:

- 1) Stichting tot bevordering van sociale en pedagogische zorg op protestants christelijke grondslag te Utrecht;
- 2) Stichting SPZ;
- 3) Fonds Verstandelijk Gehandicapten.

## 1.3 Voorbereidende fase

### *Informatiebijeenkomst*

Voorafgaand aan de trainingen van de beroepskrachten is een informatiebijeenkomst voor de beroepskrachten gehouden (2 juni 2008). Het doel hiervan was om beroepskrachten te informeren over het verloop van het project, de verwachtingen die we van hen hebben, en hen voor te bereiden op de Engelstalige trainingen.

### *Samenwerkingsbijeenkomsten*

Om goede afspraken te maken met de deelnemende instellingen en om de betrokkenheid van het management bij het project te vergroten, zijn samenwerkingsovereenkomsten

opgesteld en ondertekend door directeuren en/of managers van de instellingen en het afdelingshoofd van het programma Vroegsignalering/LSP van het Trimbos-instituut.

De afspraken betroffen: contractduur, activiteiten en taakverdeling, personele inzet en budget, vertrouwelijkheid, producten en auteurschap, aansprakelijkheid, tussentijdse beëindiging, overmacht en geschillen. Alle deelnemende instellingen hebben het contract ondertekend.

#### *Trainingen & accreditatie van beroepskrachten*

In juni en september 2008 hebben twee trainingen voor beroepskrachten plaats gevonden. Deze zijn gehouden door een Australische trainer. Tegelijkertijd werden twee Nederlandse trainers opgeleid, die nu zijn geslaagd voor hun trainingstraject en in de toekomst de trainingen in Nederland kunnen geven. Enkele maanden na de trainingen vond de accreditatie plaats. Deze is uitgevoerd door twee Nederlandse trainers, die dit al zeer regelmatig doen in het kader van andere Triple P trainingen (voor ouders van kinderen van 0-12 jaar). Tijdens de accreditatie moeten de beroepskrachten de benodigde competenties voor het geven van de oudercursus laten zien. In totaal hebben 36 beroepskrachten de training gevolgd en zijn geaccrediteerd. Er waren twee soorten trainingen: een 1-daagse training en een 3-daagse training. De 1-daagse training was voor de beroepskrachten die al eerder de standaard Triple P training hadden gevolgd en ervaring hebben met het begeleiden van ouders van kinderen met een beperking volgens de Triple P methodiek. Voor andere beroepskrachten was dit de eerste kennismaking met het Triple P programma.

Voor en na de trainingen zijn vragenlijsten bij de beroepskrachten afgenomen door de Australische trainer en is de training geëvalueerd. De training werd positief beoordeeld, de evaluatie van de competenties van de beroepskrachten wordt nog in Australië geanalyseerd.

## **1.4 Onderzoekopzet**

### **1.4.1 Hypotheses**

Teneinde een advies te kunnen geven over de toekomst van de interventie in Nederland hebben we twee hypothesen geformuleerd:

*Het individuele aanbod Stepping Stones Triple P (niveau 4) voor ouders van kinderen met een verstandelijke of lichamelijke beperking heeft een positief effect op het probleemgedrag van het kind, de opvoedvaardigheden van ouders en het welzijn van ouders.*

*Het individuele aanbod Stepping Stones Triple P (niveau 4) is geschikt voor landelijke implementatie.*

### **1.4.2 Onderzoeksvragen**

Naar aanleiding van deze hypothesen hebben we zes onderzoeksvragen geformuleerd:

- 1) Verbetert het probleemgedrag van het kind?
- 2) Verbeteren de opvoedvaardigheden en competenties van de ouders?
- 3) Verbetert het gezinsfunctioneren?

- 4) Verbeterd het welzijn van ouders?
- 5) Zijn er groepen ouders te onderscheiden die vooral baat hebben gehad of juist minder baat hebben gehad van de interventie?
- 6) Hoe waarderen de ouders de cursus?
- 7) Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de implementatie van de cursus?

#### 1.4.3 Onderzoeksmethode

Om de eerste vijf vragen te kunnen beantwoorden hebben we ervoor gekozen om de ouders die gedurende de pilot aan de cursus deelnamen direct voor (T0) en direct na (T1) de cursus een vragenlijst in te laten vullen. Ouders ontvingen tijdens de intake de voormeting en een begeleidende brief van het Trimbos-instituut en werden verzocht de vragenlijst de eerste bijeenkomst in te leveren bij de beroepskracht. De vragenlijst bestond uit vragen die tevens onderdeel zijn van de interventie. Middels een antwoordformulier konden ouders aangeven of hun vragenlijst gebruikt mocht worden voor het onderzoek.

Na afloop van het hulpaanbod stuurde het Trimbos-instituut de ouders een brief met een vragenlijst naar de ouders toe met het verzoek deze in te vullen en te retourneren naar het Trimbos-instituut.

Voor de beantwoording van vraag 6: *"Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de implementatie van de cursus?"* hebben 15 professionals een vragenlijst met bevorderende en belemmerende factoren ingevuld. Voorbeelden van vragen zijn: *"Stepping Stones Triple P past bij de instelling waarvoor ik werk."* en *"De aanpak van Stepping Stones Triple P sluit te weinig aan bij de behoeften en gevoelens die de ouders hebben die ik in mijn functie ontmoet."* Middels een 5-puntsschaal konden de professionals aangeven in hoeverre zij het met deze uitspraken (on)eens waren. De professionals ontvingen de vragenlijst voorafgaand aan hun training en werden verzocht deze in te leveren nadat ze een aantal interventies hadden gegeven.

Daarnaast is voor het implementatieonderzoek gebruik gemaakt van de ervaringen van de professionals gedurende de pilot. Aangevuld met verslagen van coördinatoren-, intervisiebijeenkomsten en een afsluitende bijeenkomst kon de balans worden opgemaakt.

#### 1.4.4 Uitkomstmaten

Bij de intake is de Gezinsachtergrond Vragenlijst afgenomen.

Ten aanzien van de effectiviteitsvraag hebben we onderscheid gemaakt tussen drie typen uitkomstmaten.

hiervan wordt gekeken naar veranderingen op drie uitkomstmaten:

- 1) *De primaire uitkomstmaat*: het probleemgedrag van de kinderen in termen van gedrags- en emotionele problemen.
  - a. **VOG-O** – Vragenlijst Ontwikkeling en Gedrag-Ouderversie (Koot, Dekker et al., 2000, 2002).  
95 vragen over emotionele en gedragsproblemen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking, bestaat uit vijf schalen: Storend en anti-sociaal gedrag; in zichzelf gekeerd, communicatiestoornissen, angst, sociale beperkingen.

- 2) *De secundaire uitkomstmaat*: de opvoedingsvaardigheden van de ouders in termen van opvoedstijlen, competenties en conflicten in de opvoeding.
- a. **PS** - Vragenlijst Opvoedstijlen, verkorte versie (Arnold, 1993)  
12 items over hoe ouders omgaan met probleemgedrag van het kind middels subschalen permissiviteit (toegefelijkheid) en overreactief handelen.
  - b. **Competentieschaal Ouders** (Gibaud-Wallston & Wandersman, 1978)  
16 vragen over gevoelens van ouders over hun eigen opvoeden, verdeeld over twee schalen: Efficacy (7 vragen) en Tevredenheid over eigen opvoeding (9 vragen).
  - c. **PPC** - Checklist Opvoedproblemen (Sanders, 1993)  
16 items die de meningsverschillen tussen ouders over de opvoeding weergeven.
  - d. **FAD-N** – Algemeen Gezinsfunctioneren (Epstein, 1983).  
12 stellingen over het gezinsfunctioneren aan de hand van zeven schalen: 'problem solving', 'communication', 'roles', 'affective involvement', 'behavior control' en 'General Functioning'
- 3) *De tertiaire uitkomstmaat*: de mate van depressieve klachten, angstklachten en stress bij de ouders en de kwaliteit van de partnerrelatie.
- a. **DASS-21** - Depressie Angst Stress Schaal (Lovibond, 1995)  
21 items met subschalen voor depressie, angst en stress.
  - b. **RQI** - Vragenlijst Kwaliteit Partnerrelatie (Norton, 1983)  
zes vragen over de relatie van ouders.

Tenslotte is de mate van tevredenheid van de ouders afgenomen met de **Client tevredenheidsvragenlijst**.

#### 1.4.5 Steekproef

Verwacht wordt dat het probleemgedrag van de kinderen uit de gezinnen die hebben deelgenomen aan het Stepping Stones programma verbetert. Vanwege deze unidirectionele hypothese kan worden volstaan met een 1-zijdige toets. Om een gestandaardiseerde effectgrootte van 0.32 aan te kunnen tonen (ondergrens van middelgroot effect; Lipsey, 1993) met een 1-zijdige toets, een conventionele toetsdrempel van  $\alpha = 0.05$  en een statistische power (1-beta) van 0.80 zijn 121 gezinnen nodig op voor- en nameting. Rekening houdend met een uitval van 30% zijn 158 gezinnen nodig op de voormeting.

Ten einde dit te bereiken zijn twee trainingen gegeven waar per training maximaal 20 professionals aan konden deelnemen. Het aantal van 40 professionals (van 10 verschillende instellingen) zou ruimschoots voldoende moeten zijn om het benodigde aantal te werven, ook wanneer rekening werd gehouden met uitval van ouders, professionals en instellingen. Bij 40 professionals betekent dit ongeveer 4 gezinnen per professional gedurende 1 jaar. Beargumenteerd zou kunnen worden dat ook met minder professionals het benodigde aantal ouders geïncludeerd had kunnen worden. Echter wil dit onderzoek niet alleen antwoorden geven op de effectiviteitsvraag, maar tevens uitspraken doen over de implementeerbaarheid van de interventie. Een ruime variatie aan professionals en instellingen is hiervoor noodzakelijk.

#### *1.4.6 Analyse*

Allereerst is tijdens de analyses gekeken of de gemiddelde probleemscores van de ouders na afloop van de cursus waren verminderd. In SPSS (versie 15) zijn hiervoor gepaarde t-toetsen uitgevoerd.

Ten tweede is gekeken of het aantal "klinische gevallen" na afloop van de cursus was afgenomen. Hiervoor is allereerst berekend welke ouders/kinderen binnen het klinische gebied vallen op basis van de normen van de vragenlijsten en zijn vervolgens binomiaaltoetsen uitgevoerd.

Tenslotte zijn, om te toetsen of bepaalde groepen ouders meer of minder baat hebben gehad bij de cursus, lineaire regressieanalyse (backward methode) en t-toetsen uitgevoerd.

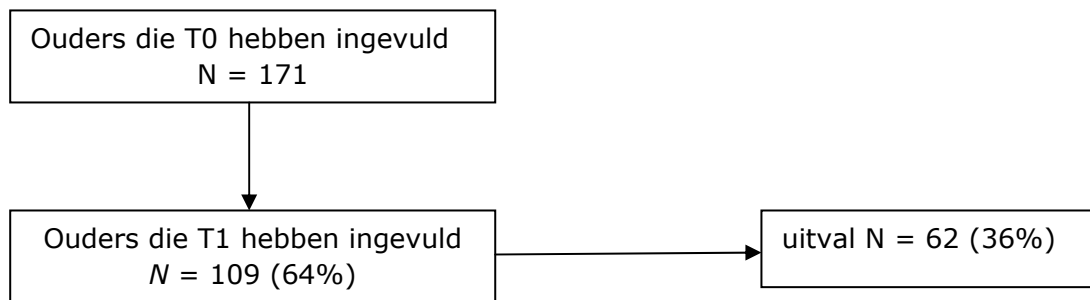
## 2 Resultaten effectstudie

### 2.1 Onderzoekspopulatie

#### 2.1.1 Respondenten

In totaal hebben 171 ouders de toestemmingsformulieren ondertekend en de voormeting ingevuld. Op de nameting hebben 109 ouders (64%) een vragenlijst ingevuld.

Figuur 1. Flowchart deelnemers



Over 79 respondenten is een registratieformulier ingevuld en opgestuurd naar het Trim-bos-instituut (40%). Daarvan is van 24 respondenten geen nameting ingevuld (30%). De redenen die hiervoor worden gegeven zijn divers (gezondheidsredenen, verhuizing, andere hulpverlening is nodig (meer intensief), gebrek aan motivatie, andere verwachting. De belangrijkste reden is dat er in die gezinnen vaak meerdere problemen tegelijkertijd aanwezig waren, waardoor de hulp niet meer voldeed. Van deze 79 respondenten is voor 12 ouders ingevuld dat zij een licht verstandelijke beperking hebben (LVG-ouders). De meldingen daarbij waren dat de trajecten bij deze ouders vaak veel langer duurde.

Tijdens de afsluitende bijeenkomst is besproken wat de redenen voor uitval bij de name-ting zijn geweest. Deze waren divers. Door angst voor de vragenlijsten of weigering om vragenlijst op te sturen (vanwege privacy) zijn soms de vragenlijsten niet ingevuld. Bij andere ouders is de interventie niet afgerond en daardoor ook de vragenlijst niet meer ingevuld. Ouders stopten plotseling met de interventie door diverse redenen: echtschei-ding, de interventie vond men te zwaar, er kwamen andere problemen tussendoor (bij-voorbeeld een diagnose voor autisme) die de aandacht vroegen, ziekenhuisopname. Ook werd genoemd dat soms het probleem al was opgelost. Hoewel de vragenlijst van de nameting toch ingevuld diende te worden, is dit niet altijd gebeurd.

#### 2.1.2 Demografische gegevens

Het merendeel (83%) van de ouders is moeder en ook is het merendeel (86%) is van autochtone afkomst. Het betrof meestal (70%) een regulier gezin waarin beide ouders aanwezig zijn, bijna een kwart (23%) van de gezinnen betrof een eenouder gezin. Ruim driekwart van de respondenten heeft een gemiddelde opleiding genoten. Ruim de meer-derheid van de kinderen was een jongen (65%) en de gemiddelde leeftijd is bijna 7 jaar. Ongeveer driekwart (73%) van de kinderen heeft een ontwikkelingsachterstand en de helft van de kinderen heeft een verstandelijke beperking (50%) en 20% heet een ge-zichts- gehoorbeperking.

Tabel 1. Demografische gegevens

|                                                         |                       |
|---------------------------------------------------------|-----------------------|
|                                                         | N = 171*              |
| <b>Geslacht ouders</b>                                  |                       |
| Moeders (biologisch)                                    | 80% (n=137)           |
| Vaders (biologisch)                                     | 10% (n=17)            |
| <b>gehuwd</b>                                           | 63% (n=107)           |
| <b>Autochtone Nederlanders</b>                          | 86% (n=147)           |
| <b>Soort gezin</b>                                      |                       |
| Regulier gezin                                          | 70% (n=119)           |
| Eenoudergezin                                           | 23% (N=39)            |
| <b>Opleiding</b>                                        |                       |
| Geen of lager onderwijs                                 | 10% (n=16)            |
| Gemiddeld onderwijs (LBO-MBO-VO)                        | 76% (n=124)           |
| Hoger onderwijs (HBO-WO)                                | 14% (n=23)            |
| <b>Geslacht kind</b>                                    |                       |
| - jongen                                                | 65% (n=111)           |
| - meisje                                                | 34% (n=58)            |
| <b>Gemiddelde leeftijd kind</b>                         | 6.9 jaar (range 0-12) |
| <b>Gezondheid kind</b>                                  | N = 152-158           |
| - zicht-of gehoorbeperking                              | 20% (n=30)            |
| - ernstige chronische ziekte met vaak ziekenhuisopnamen | 5% (n=8)              |
| - lichamelijke beperking                                | 14% (n=22)            |
| - verstandelijke beperking                              | 50% (n=78)            |
| - ontwikkelingsachterstand                              | 73% (n=116)           |
| - beperkend/therapeutisch dieet                         | 6% (n=9)              |

\* N varieert van n=152 tot n=171, afhankelijk van missende waarden

## 2.2 Resultaten

### 2.2.1 Effecten

In onderstaande tabel staan de resultaten vermeld op de verschillende uitkomstmaten. Gekeken is of de gemiddelde score op de nameting significant verschilt van de gemiddelde score op de voormeting en wat de grootte van het effect is.

Tabel 2. Effecten

|                                                                  | <b>T0</b>     | <b>T1</b>     | <b>Significant</b> | <b>Effectgrootte</b> |
|------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|--------------------|----------------------|
|                                                                  | <i>M (SD)</i> | <i>M (SD)</i> | <i>p</i>           | <i>d</i>             |
| <b>VOG-O emotionele en gedragsproblemen</b>                      | N = 171       | N=107         |                    |                      |
| Anti-sociaal gedrag ( $\alpha=.888$ )                            | 23.10 (9.63)  | 16.63 (10.72) | $p < .001$         | .90                  |
| In zichzelf gekeerd ( $\alpha=.864$ )                            | 16.49 (9.12)  | 11.08 (8.69)  | $p < .001$         | .69                  |
| Communicatiestoornis ( $\alpha=.714$ )                           | 6.87 (4.41)   | 4.50 (4.15)   | $p < .001$         | .87                  |
| Angst ( $\alpha=.661$ )                                          | 6.37 (3.49)   | 4.89 (3.33)   | $p < .001$         | .78                  |
| Sociale beperkingen ( $\alpha=.723$ )                            | 4.64 (3.35)   | 3.30 (3.07)   | $p < .001$         | .86                  |
| Totaal problemen ( $\alpha=.943$ )                               | 58.37 (24.66) | 41.56 (25.92) | $p < .001$         | .83                  |
| <b>Opvoedstijl (PS)</b>                                          | N = 169       |               |                    |                      |
| Overreageren ( $\alpha=.709$ )                                   | 3.24 (0.87)   | 2.53 (0.84)   | $p < .001$         | 1.05                 |
| Toegeven ( $\alpha=.759$ )                                       | 2.76 (0.88)   | 2.27 (0.75)   | $p < .001$         | .82                  |
| <b>Competenties (PSOC)</b>                                       | N = 171       |               |                    |                      |
| Tevredenheid ( $\alpha=.744$ )                                   | 37.01 (7.20)  | 41.38 (6.37)  | $p < .001$         | .91                  |
| Efficacy ( $\alpha=.600$ )                                       | 27.47 (4.97)  | 29.83 (5.64)  | $p < .001$         | 1.01                 |
| Totaal ( $\alpha=.661$ )                                         | 64.48 (10.70) | 71.21 (10.02) | $p < .001$         | .84                  |
| <b>Opvoedproblemen (PPC) (<math>\alpha=.884</math>)</b>          | 5.10 (3.78)   | 3.61 (3.69)   | $p < .001$         | .87                  |
| <b>Gezinsfunctioneren (FAD-N) (<math>\alpha=.886</math>)</b>     | 1.85 (0.59)   | 1.76 (0.55)   | $p < .001$         | 1.02                 |
| <b>Psychische klachten ouders (DASS)</b>                         |               |               |                    |                      |
| Depressieve klachten ( $\alpha=.841$ )                           | 6.25 (7.00)   | 4.02 (6.11)   | $p < .001$         | 1.00                 |
| Angstklachten ( $\alpha=.823$ )                                  | 3.80 (6.23)   | 2.50 (4.77)   | $p < .001$         | .85                  |
| Stressklachten ( $\alpha=.877$ )                                 | 11.95 (9.04)  | 8.76 (8.30)   | $p < .001$         | .96                  |
| <b>Kwaliteit Partnerrelatie (RQI) (<math>\alpha=.965</math>)</b> | 34.25 (8.74)  | 35.91 (8.04)  | $p = 0.11$         | n.s.                 |

Op alle schalen, uitgezonderd de Kwaliteit partnerrelatie, is een significant effect te zien. Zowel in afname van probleemgedrag van het kind, verbetering van opvoedvaardigheden en competenties van de ouders, het algemeen gezinsfunctioneren, alsmede een verbetering van het welzijn van de ouders. In hoeverre de resultaten relevant zijn kan worden afgelezen aan de effectgrootte, welke varieert van klein ( $\leq 0.32$ ), medium ( $\geq 0.33$ ;  $0.55 \leq$ ) tot groot ( $0.56 \geq$ ) (Lipsey, 1993). Opvallend is dat grote effecten zijn gevonden op alle schalen, zowel wat betreft kindproblemen als opvoedvaardigheden, competenties en psychische klachten bij de ouders. Deze uitkomsten zijn bemoedigend voor zowel het gedrag van het kind, de opvoedvaardigheden alsmede het welzijn van de ouders. Hoewel er gevraagd is of ouders nog andere hulp ontvangen is hier in deze studie niet voor gecontro-

leerd. Het verdient aanbeveling om in toekomstig onderzoek te monitoren in hoeverre de effecten daadwerkelijk aan deze interventie zijn toe te schrijven en niet aan de overige hulp die ouders ontvangen.

### *Klinische effecten*

Per vragenlijst is vastgesteld of ouders binnen het klinische gebied scoorden. Wanneer de score boven een bepaalde waarde uitkomt wordt deze score, afhankelijk van de vragenlijst, als klinisch beoordeeld. Gekeken is of het percentage ouders met een klinische score op de nameting lager is dan op de voormeting.

Tabel 3. Klinische effecten

|                                             | <b>Afkappunt</b>                 | <b>Voormeting</b> | <b>Nameting</b> | <b>significant</b> |
|---------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|-----------------|--------------------|
| <b>VOG-O emotionele en gedragsproblemen</b> | Norm MLK voor meisjes én jongens |                   |                 | <i>p</i>           |
| <b>Jongens <i>n</i> =111</b>                |                                  |                   |                 |                    |
| Anti-sociaal gedrag                         | 21 >                             | 60%               | 16%             | <i>P</i> =0.011    |
| In zichzelf gekeerd                         | 12 >                             | 73%               | 27%             | <i>P</i> = 0.002   |
| Communicatiestoornis                        | 5 >                              | 64%               | 23%             | <i>n.s.</i>        |
| Angst                                       | 6 >                              | 45%               | 16%             | <i>P</i> < 0.001   |
| Sociale beperkingen                         | 4 >                              | 50%               | 16%             | <i>P</i> < 0.001   |
| Totaal problemen                            | 45 >                             | 71%               | 27%             | <i>P</i> =0.005    |
| <b>Meisjes <i>n</i>=58</b>                  |                                  |                   |                 |                    |
| Anti-sociaal gedrag                         | 17 >                             | 60%               | 22%             | <i>n.s.</i>        |
| In zichzelf gekeerd                         | 8 >                              | 67%               | 24%             | <i>P</i> < 0.001   |
| Communicatiestoornis                        | 5 >                              | 50%               | 21%             | <i>P</i> < 0.001   |
| Angst                                       | 6 >                              | 43%               | 21%             | <i>P</i> = 0.004   |
| Sociale beperkingen                         | 4 >                              | 38%               | 16%             | <i>P</i> < 0.001   |
| Totaal problemen                            | 39 >                             | 74%               | 24%             | <i>P</i> = 0.09    |
| <b>Jongens en meisjes <i>n</i>=171</b>      |                                  |                   |                 |                    |
| Anti-sociaal gedrag                         | 19 >                             | 64%               | 21%             | <i>n.s.</i>        |
| In zichzelf gekeerd                         | 10 >                             | 71%               | 26%             | <i>P</i> = 0.002   |
| Communicatiestoornis                        | 5 >                              | 59%               | 22%             | <i>n.s.</i>        |
| Angst                                       | 6 >                              | 44%               | 18%             | <i>P</i> < 0.001   |
| Sociale beperkingen                         | 4 >                              | 45%               | 16%             | <i>P</i> < 0.001   |
| Totaal problemen                            | 42 >                             | 73%               | 28%             | <i>P</i> < 0.001   |
| <b>Opvoedstijl (PS)</b>                     |                                  |                   |                 |                    |
| Overreageren                                | 3.0 ≥                            | 62%               | 18%             | <i>n.s.</i>        |
| Toegeven                                    | 2.8 ≥                            | 47%               | 15%             | <i>P</i> < 0.001   |
| <b>Competenties (PSOC)</b>                  |                                  |                   |                 |                    |
| Tevredenheid                                | 50 ≥                             | 2%                | 5%              | <i>P</i> < 0.001   |
| Efficacy                                    | 35 ≥                             | 6%                | 12%             | <i>P</i> < 0.001   |
| Totaal                                      | 73 ≥                             | 23%               | 30%             | <i>P</i> < 0.001   |
| <b>Opvoedproblemen</b>                      | 5 >                              | 37%               | 14%             | <i>n.s.</i>        |

|                                          |             |     |     |             |
|------------------------------------------|-------------|-----|-----|-------------|
| <b>PPC</b>                               |             |     |     |             |
| <b>Gezinsfunctioneren (FAD-N)</b>        | 2.42 $\geq$ | 11% | 4%  | $P < 0.001$ |
| <b>Psychische klachten ouders (DASS)</b> |             |     |     |             |
| Depressieve klachten                     | 10 $\geq$   | 23% | 11% | $P < 0.001$ |
| Angstklachten                            | 8 $\geq$    | 16% | 9%  | $P < 0.001$ |
| Stressklachten                           | 15 $\geq$   | 36% | 12% | $P < 0.001$ |
| <b>Kwaliteit Partnerrelatie (RQI)</b>    | < 30        | 26% | 9%  | $P < 0.001$ |

Op de vragenlijst VOG-O zien we dat de klinische problemen op de meeste schalen verminderen. We zien verschillen tussen jongens en meisjes op de schaal 'antisociaal gedrag' en 'communicatiestoornis'. Bij jongens zien we een significante afname van het anti-sociaal gedrag en bij meisjes van de communicatiestoornis. Een verklaring hiervoor kan zijn dat de vraag van de ouders en dus ook de hulp meer gericht is op deze sekspecifieke problemen en er dus een grotere verandering verwacht kan worden. Bij de overige schalen van de VOG-O is de afname bij zowel meisjes als jongens significant, behalve op de totaalscore. Bij de vragenlijst Opvoedstijl zien we een significante klinische afname van de permissieve opvoedstijl. Tevens neemt de tevredenheid over de eigen manier van opvoeden en het gevoel van 'efficacy' en het van de ouders toe, als ook het gezinsfunctioneren. Tenslotte nemen ook de psychische klachten af.

### 2.2.2 Effectiviteit naar kenmerken

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 is het niet efficiënt om iemand een interventie te laten volgen waarvan op voorhand bekend is dat hij of zij er geen baat bij heeft. Bijvoorbeeld omdat de problematiek onvoldoende aansluit bij het aanbod, deelname een bepaald opleidingsniveau vraagt of omdat de interventie in de praktijk met name geschikt lijkt voor moeders of vaders. Het is dus van belang om te onderzoeken welke ouders het meest en welke ouders het minste baat hebben bij de cursus gedurende de pilot. In deze paragraaf zullen we derhalve ingaan op de deelvraag:

*Zijn er groepen ouders te onderscheiden die vooral baat hebben gehad of juist minder baat hebben gehad van de interventie?*

Voorbeelden van uitwerkingen van deze vraag kunnen luiden: "Hebben ouders van jongens meer baat van de cursus dan ouders van meisjes?" of "Hebben ouders waarvan het kind op de voormeting binnen het klinische gebied valt, meer baat dan ouders waarbij dat niet het geval is?" Baat hebben staat hierbij dan voor een afname van problemen op de VOG-O. We hebben deze vragen ook bekeken voor een verbetering op de FAD-N, waarbij baat derhalve is gedefinieerd als een afname problemen in gezinsfunctioneren.

We hebben de volgende variabelen meegenomen en gekeken of er tussen deze twee groepen verschillen waren te zien in de effectgrootte  $d$  op de VOG-O en de FAD-N:

Tabel 4. Variabelen voor doelgroepanalyse VOG-O en FAD-N

| <b>Naam variabele</b> | <b>Groepen</b>                                         |
|-----------------------|--------------------------------------------------------|
| VOG-O score           | klinisch op voormeting vs. niet klinisch op voormeting |
| FAD-N score           | klinisch op voormeting vs. niet klinisch op voormeting |
| Geslacht kind         | jongens vs. meisjes                                    |

|                  |                                                                                  |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Geslacht ouder   | vaders vs. moeders                                                               |
| Opleidingsniveau | Voortgezet Algemeen Onderwijs en hoger vs. Middelbaar Beroeps Onderwijs en lager |

### Resultaten

Op basis van deze analyses kunnen we niet concluderen dat het geslacht van de ouder of het geslacht van het kind van invloed is op de grootte van het effect. Eveneens doet het opleidingsniveau van de ouders er niet toe. De interventie is dus zowel geschikt voor vaders en moeders, ouders van jongens of meisjes en laag- en hoogopgeleide ouders. Allen profiteren evenveel van de interventie. Het is dus niet nodig om deze factoren mee te wegen tijdens de intake.

Wel zien we dat de klinische score op de VOG-O schalen 'anti-sociaal gedrag', 'in zichzelf gekeerd', 'angst' en 'sociale beperkingen' gerelateerd is aan de grootte van het effect op diezelfde subschaal van de VOG-O. Wanneer een kind in het klinische gebied scoort op de voormeting, zijn de effecten groter op de nameting. Bij deze kinderen gaan de schalen 'anti-sociaal gedrag', 'in zichzelf gekeerd', 'angst' en 'sociale beperkingen' er significant meer op vooruit dan bij kinderen die op de voormeting niet binnen het klinische gebied vallen.

Tabel 5. VOG-O en FAD-N op voormeting (klinisch / niet klinisch) en effectgroottes op de VOG-O en FAD-N

| <b>VOG-O</b>                | <b>VOG-O op voormeting</b> | <b>N</b> | <b>Effectgrootte d</b> |
|-----------------------------|----------------------------|----------|------------------------|
| <b>anti-sociaal*</b>        | Klinisch                   | 67       | 0.80                   |
|                             | Niet klinisch              | 40       | 0.29                   |
| <b>In zichzelf gekeerd*</b> | Klinisch                   | 71       | 0.59                   |
|                             | Niet klinisch              | 36       | 0.14                   |
| <b>communicatiestoornis</b> | klinisch                   | 56       | 0.55                   |
|                             | Niet Klinisch              | 51       | 0.18                   |
| <b>Angst*</b>               | Niet klinisch              | 59       | 0.09                   |
|                             | Klinisch                   | 48       | 0.72                   |
| <b>Sociale beperkingen*</b> | Niet klinisch              | 62       | 0.03                   |
|                             | Klinisch                   | 45       | 0.76                   |
| <b>VOG-O totaal</b>         | Klinisch                   | 74       | 0.63                   |
|                             | Niet klinisch              | 33       | 0.37                   |
|                             | <b>FAD-N op voormeting</b> | <b>N</b> | <b>Effectgrootte d</b> |
| <b>FAD-N*</b>               | Klinisch                   | 15       | 1.46                   |
|                             | Niet klinisch              | 87       | 0.04                   |

Het verschil tussen de twee groepen (niet klinisch/klinisch) kan mogelijk verklaard worden uit het feit dat de te behalen winst groter is wanneer een kind binnen het klinische gebied scoort op de voormeting. Indien een kind op een bepaalde maat al redelijk scoort, zal de vooruitgang derhalve waarschijnlijk ook minder zijn. Echter kan niet de conclusie worden getrokken dat de interventie voor ouders van kinderen met een VOG-O score buiten het klinische gebied niet werkzaam is. Deze ouders kunnen immers nog wel opvoedproblemen hebben en deze als zeer belastend ervaren. Het is dus eveneens goed om te kijken of de ouder op de FAD-N mogelijk binnen het klinische gebied valt. Wanneer

ook dit niet het geval is, kan de vraag gesteld worden of deze niveau 4 interventie niet “te zwaar” is en of dat met een niveau 3 interventie kan worden volstaan.

In onze trial scoren 44 ouders op de voormeting zowel niet klinisch op de VOG-O totaal alsmede op de FAD-N. De gemiddelde effectgrootte is bij deze ouders voor de VOG-O middelgroot en voor FAD-N klein. Dit betekent dat ook voor deze ouders de interventie werkzaam is, ook al zijn de effecten niet heel groot.

Tabel 6. Effectgrootte op VOG-O en FAD-N indien VOG-O en FAD-N op voormeting niet klinisch is

|                 | VOG-O<br>totaal | FAD-N |
|-----------------|-----------------|-------|
| Ouders          | 44              | 44    |
| Effectgrootte d | 0.35            | 0.17  |

Samengevat kunnen we stellen dat het geslacht van de ouders, het geslacht van het kind en het opleidingsniveau van de ouders niet van invloed is op de grootte van het effect. Maar als de beginscores van het kindgedrag en het gezinsfunctioneren in het klinische gebied liggen resulteren deze in een grotere effecten. Maar ook ouders waarbij het gedrag van het kind en het gezinsfunctioneren niet in het klinische gebied scoorden, hadden baat bij deze interventie.

### 2.2.3 Waardering ouders

Aan het einde van de vragenlijst voor de ouders was een klanttevredenheidslijst (CSQ – Client Satisfaction Questionnaire, zie Sanders 2005) opgenomen. In deze paragraaf zullen we kort ingaan op de belangrijkste bevindingen.

De lijst is ingevuld door 107 ouders. Het aantal niet ingevulde vragenlijsten was hoog, namelijk 37% (n=64). De vragenlijst bestond uit 13 vragen met een zevenpuntsschaal. Voorbeelden van vragen zijn:

Tabel 7. Voorbeeldvragen CBQ

| <b><u>Hoe waardeert u de kwaliteit van de hulp die u en uw kind ontvangen hebben?</u></b>                     |          |                                   |          |                                   |          |                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------|----------|-----------------------------------|----------|---------------------------------|
| <u>7</u>                                                                                                      | <u>6</u> | <u>5</u>                          | <u>4</u> | <u>3</u>                          | <u>2</u> | <u>1</u>                        |
| Uitstekend                                                                                                    |          | Goed                              |          | Redelijk                          |          | Slecht                          |
| <b><u>Heeft de Triple P aanpak er toe bijgedragen dat u beter kunt omgaan met het gedrag van uw kind?</u></b> |          |                                   |          |                                   |          |                                 |
| <u>7</u>                                                                                                      | <u>6</u> | <u>5</u>                          | <u>4</u> | <u>3</u>                          | <u>2</u> | <u>1</u>                        |
| Ja, het heeft veel geholpen                                                                                   |          | Ja, het heeft een beetje geholpen |          | Nee, het heeft niet veel geholpen |          | Nee, het maakte dingen slechter |

Ervaring van de onderzoekers heeft geleerd dat waarderingslijsten over het algemeen redelijk positief worden ingevuld. Uiterst “negatieve” scores worden niet vaak gescoord.

We beoordelen een score van 5 of hoger als neutraal tot positief. Een score van 4 of lager beoordelen we als negatief tot zeer negatief. De uitkomst kan niet verklaard worden door het percentage dat niet de volledige cursus heeft doorlopen.

In tabel 9 presenteren we de vragen, de gemiddelde score (op een 7-puntsschaal) en het percentage ouders dat een score van 4 of lager geeft.

Tabel 8. Cliëntwaardering

| <b>Vraag</b>                                                                                                            | <b>Gemiddelde score (1-7)</b> | <b>Percentage lager dan 4</b> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. Hoe waardeert u de kwaliteit van de hulp die u en uw kind ontvangen hebben?                                          | 6.08                          | 3%                            |
| 2. Kreeg u de hulp die u nodig had op dat moment?                                                                       | 6.02                          | 5%                            |
| 3. In welke mate kwam de Triple P aanpak tegemoet aan de behoeften van uw kind?                                         | 5.42                          | 11%                           |
| 4. In welke mate kwam de Triple P aanpak tegemoet aan uw eigen behoeften?                                               | 5.39                          | 10%                           |
| 5. Hoe tevreden bent u met de hoeveelheid hulp voor u en uw kind?                                                       | 5.75                          | 7%                            |
| 6. Heeft de Triple P aanpak er toe bijgedragen dat u beter kunt omgaan met het gedrag van uw kind?                      | 6.21                          | 4%                            |
| 7. Heeft de Triple P aanpak er toe bijgedragen dat u beter kunt omgaan met de problemen die zich in uw gezin voordeden? | 6.04                          | 4%                            |
| 8. Denkt u dat de relatie met uw partner door de Triple P aanpak is verbeterd?                                          | 5.08                          | 17%                           |
| 9. Over het algemeen genomen, hoe tevreden bent u met de hulp die u en uw kind hebben ontvangen?                        | 6.19                          | 2%                            |
| 10. Als u opnieuw hulp nodig heeft, zou u dan weer gebruik willen maken van Triple P?                                   | 5.58                          | 11%                           |
| 11. Heeft de Triple P aanpak u geholpen om vaardigheden te ontwikkelen die u ook kunt toepassen bij andere gezinsleden? | 5.84                          | 8%                            |
| 12. Hoe beoordeelt u op dit moment het gedrag van uw kind?                                                              | 5.92                          | 0%                            |
| 13. Wat zijn op dit moment uw gevoelens over de vorderingen van uw kind?                                                | 5.30                          | 2%                            |

De waardering van de ouders over de interventie zijn over het algemeen positief. Het hoogst is gescoord op de vraag of de Triple P aanpak ertoe heeft bijgedragen dat de ouder beter kan omgaan met de problemen binnen het gezin en over de ontvangen hulp. Het laagst is gescoord op de vraag of de relatie met de partner is verbeterd. Dit is echter geen primair doel van de interventie. Er is een kleine groep ouders waarbij de interventie niet volledig voorziet in de behoeften van de ouders.

## 2.3 Conclusie

Ouders die deelnemen aan de Stepping Stones Triple P interventie rapporteren een significante afname in (veelal klinische) probleemgedrag van kinderen, een significante toe-

name van effectieve opvoedstrategieën en competenties, significante verbetering in het gezinsfunctioneren en een significante toename in hun welzijn. De effecten zijn over de hele linie relevant te noemen.

Daarmee kunnen de eerste drie deelvragen positief beantwoord worden.

- 1) Verbetert het probleemgedrag van het kind? Ja.
- 2) Verbeteren de opvoedvaardigheden, competenties van de ouders? Ja.
- 3) Verbeter het gezinsfunctioneren? Ja.
- 4) Verbetert het welzijn van ouders? Ja.

Ook op de vijfde deelvraag kan een antwoord geformuleerd worden.

- 5) Zijn er groepen ouders te onderscheiden die vooral baat hebben gehad of juist minder baat hebben gehad van de interventie?

De interventie is dus zowel geschikt voor vaders en moeders, ouders van jongens of meisjes en laag- en hoogopgeleide ouders. Allen profiteren evenveel van de interventie.

Wanneer een kind in het klinische gebied scoort op de voormeting, zijn de effecten groter op de nameting. Bij deze kinderen gaan de schalen 'anti-sociaal gedrag', 'in zichzelf gekeerd', 'angst' en 'sociale beperkingen' er significant meer op vooruit dan bij kinderen die op de voormeting niet binnen het klinische gebied vallen.

Ouders en hun kinderen die op de voormeting zowel op de VOG-O als de FAD-N niet in het klinische gebied scoren lijken baat te hebben bij de interventie, al zijn de effecten niet heel groot.

Tenslotte kunnen we ook antwoord geven op de zesde deelvraag.

- 6) Hoe waarderen de ouders de cursus?

De interventie is werkzaam voor zowel moeders, vaders, als ook ouders van jongens en meisjes. Over het algemeen zijn ouders positief over de interventie en de Triple P aanpak. Er is een kleine groep ouders waarbij de interventie niet volledig voorziet in de behoeften van de ouders.



### 3 Resultaten implementatiestudie

#### 3.1 Vragenlijst bevorderende en belemmerende factoren

Om te testen of de interventie goed implementeerbaar is en past binnen de werkzaamheden van de beroepskrachten hebben de beroepskrachten een vragenlijst ingevuld over de bevorderende en belemmerende factoren bij uitvoering.

De vragenlijsten bestond uit drie onderdelen die te maken hebben met de (implementeerbaarheid) van de interventie.

- 1) **Kenmerken van de interventie:** 21 vragen over de interventie. Voorbeeldvraag: *"De Stepping Stones Triple P materialen voor ouders zijn gebruiksvriendelijk."*
- 2) **Kenmerken van de organisatie:** 12 vragen over de ondersteuning vanuit de organisatie waarvoor de professional werkt. Voorbeeldvraag: *"Stepping Stones Triple P past geheel binnen het instellingsbeleid."*
- 3) **Persoonlijke kenmerken:** 10 vragen over de persoonlijke kenmerken van de professional in relatie tot de interventie. Voorbeeldvraag: *"Ik ben veel vergeten van wat ik allemaal tijdens de Stepping Stones Triple P training heb geleerd."*

#### 3.2 Professionals en instellingen

In totaal zijn er tijdens de twee trainingen 36 professionals opgeleid die werkzaam zijn bij negen instellingen. Drie van de getrainde professionals waren ook de coördinator in de drie instellingen. De coördinatoren van de overige zes instellingen waren zelf niet getraind in de interventie. Deze betroffen negen MEE-instellingen, Kleur Kinder- en Jeugdzorg, en Bavo Europoort. Het was de bedoeling dat elke professional zes ouders voor Stepping Stones Triple P zou werven. Vier professionals hebben geen enkele ouder geworven. De overigen varieerden tussen 1 en 9 ouders. Niet alle instellingen haalden het benodigde aantal. Reden hiervoor was meestal het ontbrekende draagvlak van managers van de instellingen. Een aantal haalden meer dan het afgesproken aantal.

Vijftien professionals (41%) hebben een vragenlijst ingevuld. Deze 15 getrainde professionals zijn gemiddeld 41 jaar oud (28 jaar – 52 jaar) en allen zijn vrouw. De meeste professionals gaven al geruime tijd opvoedingsondersteuning zoals onderstaande tabel laat zien.

Tabel 9. Aantal jaren ervaring

| Hoe lang geeft u al opvoedingsondersteuning aan ouders? |                 | Frequentie | Percentage |
|---------------------------------------------------------|-----------------|------------|------------|
|                                                         | < 1 jaar        | 3          | 20         |
|                                                         | tussen 1-3 jaar | 2          | 13         |
|                                                         | tussen 4-6 jaar | 3          | 20         |
|                                                         | meer dan 7 jaar | 6          | 40         |
|                                                         | onbekend        | 1          | 7          |
|                                                         | <b>Totaal</b>   | <b>15</b>  | <b>100</b> |

### *3.2.1 Kenmerken van de interventie*

De professionals die de vragenlijst hebben ingevuld (n=15) vinden allen dat de pedagogische aanpak van SSTP goed tot redelijk goed toepasbaar is in hun werk. De visie achter SSTP vindt men ook goed passen bij de eigen professionele ideeën over opvoedingsondersteuning. Echter, 73% van deze respondenten vindt dat de aanpak van de interventie niet helemaal aansluit bij de behoeften en gevoelens die ouders hebben. Tijdens de afsluitende bijeenkomst vond men dit percentage toch wel hoog. Maar verklaringen die hiervoor gegeven werden zijn dat het ouders met een licht verstandelijke handicap (LVG-ouders) het tempo soms iets te hoog vinden. De structuur biedt hen juist veel houvast. Ook zijn 10 sessies is voor geen enkele ouder haalbaar, bijna altijd worden meer sessies gegeven. Ook werd tijdens de bijeenkomst gezegd dat ouders vaak tegen het huiswerk opzien. Omdat de meeste professionals er nu toch positiever over denken, was de mening dat de vragen hierover te vroeg zijn gesteld. Op dat moment (eind 2009) had men nog te weinig ervaring met de uitvoering van de interventie. Wel vinden de meesten dat SSTP betere resultaten boekt dan andere methoden die worden gebruikt binnen de instelling om ouders te begeleiden bij het verminderen van gedragsproblemen bij kinderen.

Men vindt de materialen voor de ouders gebruiksvriendelijk. Enkel gebruiken aanvullende materialen, maar het overgrote merendeel houdt het bij het werkboek en de DVD. Over de DVD was men niet zo tevreden. De vertaling klopte niet altijd, de ondertiteling ging te snel en er is ook behoefte aan een gebarentolk op de DVD. Ook waren er teveel zichtbare beperkingen bij de kinderen op de DVD aanwezig (bijv. syndroom van Down), waardoor het niet alle ouders aansprak en het ook te confronterend kon zijn. De professionals gebruikte om die redenen soms ook de standaard DVD. Tenslotte is aangeraden om de term 'gehandicapt' te vervangen door 'beperking'. Ook het woord 'kliniek' is geen goede vertaling. Omdat de vertalingen in Australië plaats vinden en pas later door het adoptieland worden gecorrigeerd, konden deze 'fouten' erin sluipen. Het verzoek was om de ouderwerkboek in een ringband te doen, zodat de ouders per sessie de pagina's van de nieuwe sessie eraan toe konden voegen. Op die manier kregen ze niet opeens een dik boek voor hun neus, dat hen zou kunnen afschrikken de interventie te gaan volgen. Tijdens de afsluitende bijeenkomst is ook nog voorgelegd of de titel 'Stepping Stones' een goede benaming was. Men was hier tevreden over en had geen behoefte aan een andere benaming. Wel zijn de kosten besproken, die relatief hoog zijn. Binnen sommige instellingen wordt een bijdrage hiervoor van de ouders verwacht, wat belemmerend voor de implementatie kan werken.

Het merendeel voert SSTP uit zoals in de handleiding beschreven staat en wordt de handleiding als gebruiksvriendelijk beoordeeld. Echter het merendeel geeft aan dat het lastig is om de handleiding exact te volgen. De meesten maken ook, wanneer ze dat nodig achten, inhoudelijke aanpassingen in SSTP. In de toelichting van de professionals kwam naar voren dat 10 sessies niet genoeg is voor deze ouders en dat hier regelmatig is van af geweken. Vaak betreffen het ook complexe gezinnen waar vele verschillende problemen aanwezig kunnen zijn. Een professional noemde ook dat gezinnen voortijdig stopten omdat de interventie te belastend was voor hen.

Hoewel de training de professionals over het algemeen voldoende voorbereiding gaf voor de praktijk, geeft ruim de helft van de respondenten aan dat ze meer tijd hadden willen hebben om te oefenen. Dit blijkt ook uit de toelichting die professionals geven op de vraag of er belemmerende factoren zijn. Gebrek aan tijd wordt hier vaak genoemd.

### *3.2.2 Kenmerken van de organisatie*

Triple P en opvoedingsondersteuning in het algemeen past bij het overgrote merendeel van de instellingen bij het instellingsbeleid. Men voelt zich over het algemeen gesteund door collega's en leidinggevende bij de uitvoer van SSTP. Hoewel ook 33% aangeeft meer steun te willen ontvangen vanuit de organisatie om SSTP uit te voeren. Uit de toelichtingen blijkt wat de professionals hiermee bedelen. Niet binnen alle MEE-organisaties neemt opvoedingsondersteuning een belangrijk deel van de caseload in. De meeste tijd is beschikbaar voor het uitvoeren van consulistentaken en minder aan opvoedingsondersteuning.

Echter lijken er op randvoorwaardelijk gebied nog verbeteringen mogelijk. Ongeveer 60% geeft aan onvoldoende tijd te ontvangen voor de uitvoering van de interventie en 67% geeft aan dat ze zich afvragen of de leidinggevende op de hoogte is van wat de professional doet in het kader van Triple P. Tevens zijn enkele onvoldoendes gescoord bij de overall beoordeling van de kenmerken van de organisatie in relatie tot de ondersteuning van de professional van Triple P. Tijdens de afsluitende bijeenkomst werd dit beeld bevestigd.

Hierbij merken we op dat MEE-Nederland ook betrokken is bij de verdere implementatie van SSTP in Nederland en naar aanleiding van de resultaten van deze pilotstudie een 'landelijke handreiking voor implementatie' zal maken.

### *3.2.3 Persoonlijke kenmerken*

Bijna alle professionals geven aan (erg) betrokken te zijn bij de invoering van Triple P in hun organisatie en geloven in de methodiek. Ze vinden dat ze de methode goed hebben eigen gemaakt en kunnen deze goed toepassen en uitleggen aan anderen. Opvallend is dat ongeveer 1/3 aangeeft wel wat meer vertrouwen te willen hebben in de wijze waarop ze Stepping Stones Triple P uitvoeren. Bij navraag tijdens de afsluitende bijeenkomst bleek wederom dat men dacht dat de vragenlijst 'belemmerende en bevorderende factoren' te vroeg in het proces is afgenomen.

## *3.3 Intervisie, projectbijeenkomst, afsluitende bijeenkomst*

Gedurende de intervisie, projectbijeenkomsten en de afsluitende bijeenkomst is steeds de voortgang van de proefimplementatie besproken. Uit deze bijeenkomsten zijn een aantal aandachtspunten gekomen voor de toekomstige implementatie.

#### *- Aantal sessies*

Het aantal sessies wordt door de meeste professionals als te weinig ervaren. Het totale traject duurt vaak ook langer dan 3 maanden. Met name LVG-ouders hebben meer tijd per sessie nodig. Sommige professionals hebben ervoor gekozen om 2 bijeenkomsten te besteden aan bepaalde sessies.

#### *- Organisatie intervisie*

Gemiddeld hebben de vijftien professionals de intervisiebijeenkomst 2.5 keer bijgewoond (van de 4 keer). Zij vonden de intervisiebijeenkomst een duidelijke

meerwaarde hebben (73%) en een goed instrument om de problemen die ze tijdens de uitvoering tegenkomen te bespreken. Gemiddeld worden de bijeenkomsten met een rapportcijfer 7.3 gewaardeerd. Vijf personen scoorden hierbij een zes of lager.

In de afsluitende bijeenkomst werd benadrukt dat de intervisie zeer zinvol is en men zou ook graag een vervolg willen.

- *Implementatie*

De professionals en coördinatoren hebben aangegeven grote behoefte te hebben aan landelijke implementatie van de interventie. MEE Nederland is in de laatste fase van de pilot aanwezig geweest bij de projectbijeenkomsten en zal in de algemene ledenvergadering aan de leden het verzoek om een landelijke implementatie van Stepping Stones Triple P voorleggen.

### *3.4 Ervaringen gedurende de pilot*

Niet alleen valt er op basis van de vragenlijsten en de bijeenkomsten iets te zeggen over de implementeerbaarheid van Stepping Stones Triple P. Ook de ervaringen gedurende de pilot vormen een relevante bron van informatie. Hieronder zal beknopt worden ingegaan op de belangrijkste bevindingen.

- *Werving gezinnen*

De werving van gezinnen binnen deze pilot verliep aanvankelijk te traag, mede omdat men meer tijd dan drie maanden nodig had om de interventie uit te voeren. Ook had men meer tijd nodig om de interventie eigen te maken. Om die reden is de wervingsperiode met 3 maanden verlengd en de uitvoering van de interventie met 1 maand. Dit werkte goed en is het totaal aantal ouders dat nodig was om de analyses van de metingen te kunnen uitvoeren gehaald.

- *Aansluitend aanbod*

Het feit dat de interventie een onderdeel is van een programma (Triple P) dat reeds landelijk wordt uitgevoerd heeft een positief effect gehad op de bereidheid tot deelname van professionals en instellingen aan de pilot. Stepping Stones Triple P sluit aan bij de overige opvoedhulp volgens de Triple P methode. Dit is een duidelijke meerwaarde van de interventie.

- *Waardering Nederlands Jeugdinstituut en Trimbos-instituut*

De ervaring van het Nederlands Jeugdinstituut en het Trimbos-instituut met het Triple P programma werd door de professionals als redelijk positief ervaren. De vraag of de professional tevreden is met de samenwerking met het Trimbos-instituut respectievelijk het Nederlands Jeugdinstituut werd door 80% respectievelijk 60% van de respondenten beantwoord 'beetje mee eens' en 'mee eens' beantwoord. Bij deze NJi heeft 27% de categorie 'niet mee eens/ niet mee oneens' ingevuld. Het merendeel (67%) heeft voldoende steun van de landelijke organisatie ontvangen, maar een aanzienlijk deel (27%) vond dit toch onvoldoende. Over het algemeen was men tevreden over de ontvangen materialen om SSTP goed uit te kunnen voeren.

- *Vragenlijsten*

Het werken met vragenlijsten vond men lastig. Het was, voor zowel professionals als ouders, niet altijd helder wat met de vraag werd bedoeld. De interpretatie van de VOG-O vragenlijst was moeilijk door de verschillende normen voor MLK – ZMLK- en kinderopvang kinderen en de afwezigheid van normen voor normale kinderen. Dit instrument bleek niet voor alle leeftijdsgroepen en verschillende soorten beperkingen geschikt (alleen voor kinderen van 6 t/m 11 jaar met een verstandelijke beperking).

De FAD-N vragenlijst was moeilijk om te invullen door de ouders door de ontkenningen die in aantal vragenlijsten zaten. Ook waren sommige vragenlijsten pas geschikt voor ouders van kinderen vanaf 6 jaar, terwijl de interventie zich richtte op ouders van kinderen van 0 tot 12 jaar. Ook is deze vragenlijst niet toepasbaar voor een-ouder gezinnen.

Bij de algemene gegevens miste men een vraag over 'gezinssamenstelling'.

Wel voegden de vragenlijsten wat toe aan de methodiek. Omdat de resultaten werden besproken met de ouders kwam alles snel ter sprake en was er sprake van bewustwording van de problematiek bij ouders.

Tenslotte presenteren we de rapportcijfers die de professionals gaven voor de kenmerken die van invloed zijn op de implementatie. Men kon een cijfer van 1 t/m 10 geven.

Tabel 10. Gemiddelde cijfer voor de kenmerken van invloed op implementatie

| <b>kenmerk</b>            | <b>cijfer</b> |
|---------------------------|---------------|
| Rol coördinator           | 7.2           |
| Landelijke projectleiding | 7.2           |
| Intervisiebijeenkomsten   | 7.3           |
| Interventie               | 7.7           |
| Organisatie               | 6.3           |
| Persoonlijk               | 7.3           |

### 3.5 Conclusie

De implementatie van Stepping Stones Triple P is goed verlopen. Met de verlenging van 3 maanden is het gelukt om genoeg aantal ouders te werven. Vanuit de coördinatoren, professionals en ouders is de vraag naar deze interventie aanwezig. Echter, het aantal en de duur van de sessies dient besproken te worden. Veel ouders, en zeker LVG-ouders, hadden meer tijd per sessie nodig. Verder zijn aandachtspunten voor een structurele en landelijke implementatie: meer tijd om de interventie eigen te maken, verbetering in de vertalingen en een meer aansprekende DVD, de ondersteuning binnen de organisaties zelf, een verbetering van de vragenlijsten.



## 4 Conclusie en aanbevelingen

### Conclusie

Stepping Stones Triple laat in de pilot studie significant positieve effecten zien op kindgedrag, opvoedvaardigheden van de ouders, gezinsfunctioneren en welzijn van de ouders. De implementatie van Stepping Stones is succesvol verlopen en er zijn geen grote knelpunten geconstateerd voor landelijke implementatie. Daarmee kunnen de twee geformuleerde hypothesen geaccepteerd worden.

*Het individuele aanbod Stepping Stones Triple P (niveau 4) voor ouders van kinderen met een verstandelijke of lichamelijke beperking heeft een positief effect op het probleemgedrag van het kind, de opvoedvaardigheden van ouders en het welzijn van ouders.*

*Het individuele aanbod Stepping Stones Triple P (niveau 4) is geschikt voor landelijke implementatie.*

### Aanbevelingen

- Bij een landelijke implementatie van Stepping Stones Triple P wordt aanbevolen om te zorgen voor goede randvoorwaarden binnen de organisaties zelf. Hierbij valt te denken aan: ondersteuning door leidinggevend en hoger management, voldoende tijd om de interventie eigen te maken en ook een langere tijdsperiode omdat sommige sessies soms in twee keer wordt aangeboden. Vaak hebben ouders ook problemen met de kinderopvang als ze naar kantoor komen. Ook is het belangrijk om meerdere professionals binnen de organisaties te trainen zodat de interventie breder wordt gedragen en er collegiale uitwisseling van ervaringen kan plaats vinden. Intervisie is hierbij onontbeerlijk.
- Omdat er een diversiteit is tussen de ouders die gebruik maken van Stepping Stone Triple P dient ruimte geboden te worden om de interventie 'flexibel' toe te passen, waarbij de integriteit van de interventie niet wordt aangetast. Dit betekent dat de kernelementen van de methodiek onaangestast blijven, terwijl er ruimte dient te zijn voor uitbreiding van het aantal sessies voor LVG-ouders. Wat de kernelementen zijn, dient in de training en intervisie besproken te worden, aangestuurd door het Nederlands Jeugdinstituut. Uit deze pilot blijkt ook dat 10 sessies voor deze ouders niet voldoende is, omdat ouders vaak iets meer tijd nodig hebben (sessies worden soms in twee keer aangeboden). Bij deze doelgroep spelen vaak meerdere problemen tegelijkertijd. Ook voor allochtone ouders dient het tempo te worden aangepast.
- De materialen dienen op orde te zijn. Dit betekent: een meer aansprekende DVD, juiste vertalingen van de werkboeken voor ouders, en meer helderheid in de vraagstellingen van de vragenlijsten. Het verzoek vanuit de praktijk is elk hoofdstuk uit het werkboek per keer aan ouders te kunnen geven, omdat het anders teveel de ouders afschrikt.
- Op basis van de implementatie- en de effectgegevens, tezamen met de binnen- en buitenlandse onderzoeksresultaten van Triple P in het algemeen en de buitenlandse onderzoeksresultaten van Stepping Stones Triple P in het bijzonder, wordt geadviseerd om in Nederland een RCT en KEA naar Stepping Stones Triple P uit te voeren. Deze vormen van onderzoek bieden het beste bewijs voor de (kosten)effectiviteit van de interventie.



## Literatuur

- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84 (2), 191-215.
- Bandura, A. (1995). *Self-Efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.
- Biglan, A. (1995). Translating what we know about the context of antisocial behaviour into a lower prevalence of such behaviour. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 28 (4), 479-492.
- Blokland, G. Inleiding Triple P (Positief Pedagogisch Programma). Presentatie.
- Borgt, T. ter, S v Dorsselaer, W. Vollebergh (2003). HBSC-Nederland, Health Behaviour in School-aged children. Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren. Trimbos-instituut.
- Cuijpers, P., Graaf, I. de, Bohlmeijer, E. (2005). Adapting and disseminating effective psychosocial interventions in another country: towards a systematic approach. *European Journal Public Health*, 15, 166-169.
- Hart, B. & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of Young American children*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Ferdinand, R. F., Verhulst, F. C., Wiznitzer, M. (1995). Continuity and change of self-reported problem behaviors from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 680-690.
- Graaf, I. de, Bohlmeijer, E. (2006). Triple P: Positief Pedagogisch Programma. Proces-evaluatie. Opvoedingsondersteuning ter preventie van (ernstige) gedragsproblemen bij kinderen. Trimbos-instituut
- Graaf, de I., Speetjens, P., Smit, F., Tavecchio, L. (in prep.). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioural problems in children: meta-analysis of randomised trials.
- Graaf, de I., Onrust, S. (in prep). Effectiveness of Triple P in the Netherlands.
- Oenema-Mostert, C. (2006). Orthopedagogische thuisbegeleiding voor gezinnen met een jong chronisch ziek kind. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Prins, C., Boonzajer Flaes, S. & Mulder (2003). *Kerncijfers uit de GGZ: 2000-2002*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Rispen, J., Hermanns, J. & Meeus, W. (1996). *Opvoeden in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Roberts, C., Mazzucchelli, T., Studman, L., & Sanders, M. R. (2006). Behavioural family intervention for children with developmental disabilities and behavioural problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35 (2), 180-193.
- Sanders M.R. (1999). The Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behaviour and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 71-90.
- Sanders, M. R., Nicholson, J. M. & Floyd, F. J. (1997). Couples relationship and children. In W. K. Halford, H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions*, 9, 225-253. Chichester, England: John Wiley and Sons.
- Sanders, M.R., T.G. Mazzucchelli, L.J. Studman (in press). Stepping Stones Triple P-Towards an evidence-based positive parenting program for families with a child who has a disability: Its theoretical basis and development.
- Sanders, M.R., Pidgeon, A., Gravestock, F., Connors, M.D., Brown, S., & Young, R. (2004). Does parental attributional retraining and anger management enhance the

effects of the Triple P- Positive Parenting Program with parents at-risk of child maltreatment? *Behaviour Therapy*, 35(3), 513-535.

- Schroyen Lantman-de Valk, H. M. J., van Heurn-Nijsten, E. W. A. & Wullink, M. (2002). Prevalentie onderzoek. Mensen met een verstandelijke beperking in Nederland. Universiteit Maastricht.
- Tonge, B. J. (1999). Psychopathology of children with developmental disabilities. In N. Bouras (Ed.), *Psychiatric and behaviour disorders in developmental disability and mental retardation* (pp. 157-174). Cambridge: Cambridge University Press.
- Volman, M.J.M., Dijk J.W. van, Braakman J.A. (2005). Zorg voor kinderen met een beperking: gebruikelijke zorg? Een onderzoek naar zelfredzaamheid van kinderen met een verstandelijke beperking en ervaren stress bij ouders. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Witt, W. P., Riley, A. R. & Coiro, M. J. (2003). Childhood functional status, family stressors, and psychosocial adjustment among school-aged children with disabilities in the U.S. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 157 (7), 687-695.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag/Leiden: Quantas.

