

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

Trimbos-instituut, Utrecht, 2010



Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Projectleiding
Ireen de Graaf

Uitvoering
Paula Speetjens
Ireen de Graaf

Productiebegeleiding
Joris Staal

Omslagontwerp
Ladenius Communicatie BV Houten

Opdrachtgevers

- Nederlandse stichting tot bevordering van de sociaal-pedagogische zorg (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/webwinkel met artikelnummer AF0995.

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030-2971100
F: 030-2971111
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

Samenvatting	5
Inleiding	7
1 Onderzoeksopzet	11
1.1 Inleiding	11
1.2 Projectstructuur	12
1.3 Voorbereidende fase	12
1.4 Onderzoekopzet	13
2 Resultaten effectstudie	17
2.1 Onderzoekspopulatie	17
2.2 Resultaten	19
2.3 Conclusie	25
3 Resultaten implementatiestudie	27
3.1 Vragenlijst bevorderende en belemmerende factoren	27
3.2 Professionals en instellingen	27
3.3 Intervisie, projectbijeenkomst, afsluitende bijeenkomst	30
3.4 Ervaringen gedurende de pilot	30
3.5 Toekomst	31
3.6 Conclusie	32
4 Conclusie en aanbevelingen	33
Literatuur	35
Bijlagen	37

Samenvatting

Van maart 2008 tot juli 2010 is een pilot uitgevoerd naar interventie Stepping Stones Triple P. Dit is een interventie van 10 sessies dat individueel is 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 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.

Resultaten implementatiestudie

In totaal zijn er tijdens de twee trainingen 36 professionals opgeleid die werkzaam zijn bij negen instellingen. Deze betreffen 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.

In totaal hebben 27 professionals (75%) een vragenlijst ingevuld. Deze 27 getrainde professionals zijn gemiddeld 42 jaar oud (28 jaar – 56 jaar) en op één na zijn allen vrouw. De meeste professionals geven al geruime tijd opvoedingsondersteuning.

Conclusie

De implementatie van Stepping Stones Triple P is goed verlopen. Het is gelukt om genoeg aantal ouders te werven om de effectmeting te kunnen uitvoeren. Ouders die deelnemen aan de Stepping Stones Triple P interventie rapporteren een significante afname in (veelal klinische) probleemgedrag van kinderen, een significante toename 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.

Vanuit de coördinatoren, professionals en ouders is de vraag naar deze interventie aanwezig en wordt deze positief beoordeeld. 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 en 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 (Ferdinand, 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 (Sloper et al., 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 opvoedingondersteuning, 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 SSTP 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.

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, Mazzuccheli & 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 (kosteneffectiviteitanalyse). 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 met name geschikt blijkt voor een bepaalde leeftijdsgroep. Maar wat zijn de criteria hiervoor? Of anders gesteld: wie hebben met name 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 Europaort 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 betreffen: 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 27 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 **Cliënt 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; Lipsy, 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 geïnccludeerd 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 binomiaal-toetsen 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.

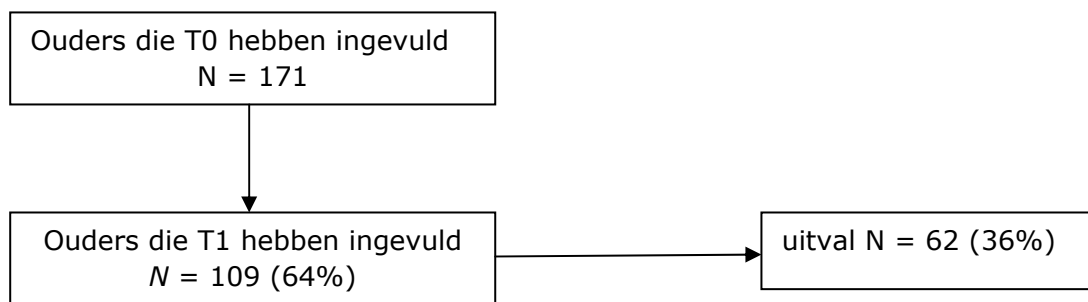
2 Resultaten effectstudie

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 Trimbos-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 nameting 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: echtscheiding, de interventie vond men te zwaar, er kwamen andere problemen tussendoor (bijvoorbeeld 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 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.

Tabel 1. Demografische gegevens

	N = 171*
Geslacht ouders	
Moeders (biologisch)	80% (n=137)
Vaders (biologisch)	10% (n=17)
gehuwd	63% (n=107)
Autochtone Nederlanders	86% (n=147)
Soort gezin	
Regulier gezin	70% (n=119)
Eenoudergezin	23% (N=39)
Opleiding	
Geen of lager onderwijs	10% (n=16)
Gemiddeld onderwijs (LBO-MBO-VO)	76% (n=124)
Hoger onderwijs (HBO-WO)	14% (n=23)
Geslacht kind	
- jongen	65% (n=111)
- meisje	34% (n=58)
Gemiddelde leeftijd kind	6.9 jaar (range 0-12)
Gezondheid kind	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

	T0	T1	Significant	Effectgrootte
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
VOG-O emotionele en gedragsproblemen	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
Opvoedstijl (PS)	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
Competenties (PSOC)	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
Opvoedproblemen (PPC) ($\alpha=.884$)	5.10 (3.78)	3.61 (3.69)	$p < .001$	.87
Gezinsfunctioneren (FAD-N) ($\alpha=.886$)	1.85 (0.59)	1.76 (0.55)	$p < .001$	1.02
Psychische klachten ouders (DASS)				
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
Kwaliteit Partnerrelatie (RQI) ($\alpha=.965$)	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 (≤ 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

	Afkappunt	Voormeting	Nameting	significant
VOG-O emotionele en gedragsproblemen	Norm MLK voor meisjes én jongens			<i>p</i>
Jongens n =111				
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
Meisjes n=58				
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
Jongens en meisjes n=171				
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
Opvoedstijl (PS)				
Overreageren	3.0 ≥	62%	18%	<i>n.s.</i>
Toegeven	2.8 ≥	47%	15%	<i>P</i> < 0.001
Competenties (PSOC)				
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
Opvoedproblemen	5 >	37%	14%	<i>n.s.</i>

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

Naam variabele	Groepen
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

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

Hoe waardeert u de kwaliteit van de hulp die u en uw kind ontvangen hebben?						
<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
Heeft de Triple P aanpak er toe bijgedragen dat u beter kunt omgaan met het gedrag van uw kind?						
<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 waarderinglijsten 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

Vraag	Gemiddelde score (1-7)	Percentage lager dan 4
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 toename 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."
- 4) **Coördinatie van de invoering (lokale coördinatoren, landelijke aansturing):** 7 vragen over de interne coördinator, 8 vragen over de landelijke aansturing van het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut.

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 Europort. 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.

Zevenentwintig professionals (75%) hebben een vragenlijst ingevuld. Deze 27 getrainde professionals zijn gemiddeld 42 jaar oud (tussen de 28 jaar en 56 jaar) en op één persoon na is iedereen 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	1	4
tussen 1-3 jaar	7	26
tussen 4-6 jaar	2	7
meer dan 7 jaar	17	63
Totaal	27	100

3.2.1 Kenmerken van de interventie

Van de 27 professionals die de vragenlijst hebben ingevuld vindt 70% dat de pedagogische aanpak van SSTP goed en 23% gedeeltelijk goed toepasbaar is in hun werk. De visie achter SSTP vindt men allen ook goed passen bij de eigen professionele ideeën over opvoedingsondersteuning. In totaal vindt 41% dat SSTP aansluit bij de behoeften en gevoelens van de ouders, 44% vindt dat SSTP gedeeltelijk aansluit en 15% antwoordt neutraal.

Tijdens de afsluitende bijeenkomst lichtten de professionals toe dat voor ouders met een licht verstandelijke handicap (LVG-ouders) het tempo soms iets te hoog is. De structuur biedt hen juist veel houvast. Voor deze ouders is 10 sessies niet haalbaar, bijna altijd worden meer sessies gegeven. Ook werd tijdens de bijeenkomst gezegd dat ouders vaak tegen het huiswerk opzien. Men vond ook 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 redelijk gebruiksvriendelijk. 44% maakt soms gebruik van 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 gebruikten 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 vonden en pas later door het adoptieland worden gecorrigeerd, konden deze 'fouten' erin sluipen. Het verzoek is 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.

Iets meer dan de helft (52%) voert SSTP uit zoals in de handleiding beschreven staat en beoordeelt de handleiding als gebruiksvriendelijk. Echter, een groot deel (44%) geeft aan dat het lastig is om de handleiding exact te volgen en 4% heeft hier geen mening over. De meesten (85%) maken ook, wanneer ze dat nodig achten, inhoudelijke aanpassingen in SSTP. In de toelichting van de professionals kwam naar voren dat het vooral gaat om de uitbreiding van de 10 sessies, omdat dit niet genoeg is voor deze ouders en dat hier regelmatig is van af geweken. Vaak gaat het ook om 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 meeste professionals (78%) vond dat de training over het algemeen voldoende voorbereiding gaf voor de praktijk, geeft 44% 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.

Over het algemeen zijn de professionals tevreden over SSTP. Zo vindt het merendeel (63%) dat SSTP betere resultaten boekt dan andere methoden voor deze doelgroep, (11% is het daar niet helemaal mee eens en 26% heeft geen mening).

3.2.2 Kenmerken van de organisatie

Triple P en opvoedingsondersteuning past in het algemeen volgens de meeste professionals (78%) bij het instellingsbeleid. Men voelt zich over het algemeen gesteund door collega's (78%) en leidinggevende (70%) bij het uitvoeren van SSTP. Hoewel ook 56% aangeeft meer steun te willen ontvangen vanuit de organisatie om SSTP uit te voeren. Uit de toelichtingen blijkt wat de professionals hiermee bedoelen. Niet binnen alle MEE-organisaties neemt opvoedingsondersteuning een belangrijk deel van de caseload in. Veel tijd wordt ook besteed aan het uitvoeren van consulententaken en minder aan opvoedingsondersteuning.

Van de professionals geeft 56% aan onvoldoende tijd te ontvangen voor de uitvoering van de interventie, maar ongeveer de helft (48%) geeft aan dat ze zich afvragen of de leidinggevende op de hoogte is van wat de professional doet in het kader van Triple P (33% is hier wel positief over en 19% antwoordt neutraal). Tevens scoort 23% een onvoldoende 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.

3.2.3 Persoonlijke kenmerken

Bijna alle professionals (89%) vinden dat ze de methode goed hebben eigen gemaakt, kunnen deze goed toepassen en uitleggen aan anderen (93%) en geloven in de methode (89%). De meesten hebben de methode ook goed eigen gemaakt (89%). Ook voelen de meeste professionals (78%) zich capabel om SSTP toe te passen en heeft 67% vertrouwen in zichzelf in de wijze waarop ze SSTP uitvoeren, zou 19% wel iets meer vertrouwen willen hebben (en heeft 14% hierover geen mening).

Interessant is dat toen deze vragen in een veel eerder stadium was afgenomen, ongeveer een derde aangaf te weinig vertrouwen te hebben en de methode minder eigen te hebben gemaakt. Nu we de vragenlijst na afloop aan iedereen opnieuw hebben voorgelegd, blijkt het merendeel hierop positiever te reageren. Dit onderstreept het belang dat de interventie enige tijd nodig heeft om eigen te maken.

3.2.4 Coördinatie van de invoering

Over het algemeen was men erg tevreden over de Triple P coördinator binnen de instelling. De professionals konden goed terecht bij de coördinator, ervaren een stimulerende werking bij de uitvoering en vond dat de coördinator de proefinvoering goed aanstuurde. Op de vraag of de coördinator hen goed ondersteunde, antwoordde een aanzienlijk deel (48%) dat dit het geval was, maar 22% ervaarde dit niet positief (en 29% had geen mening).

Ook over de landelijke aansturing van het Trimbos-instituut en het Nederlands Jeugdinstituut is men grotendeels tevreden.

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*

Bijna iedereen (26 van de 27 professionals) heeft een intervisiebijeenkomst bijgewoond, gemiddeld 3.04 (van de 4 keer). De meeste professionals (70%) vonden de intervisiebijeenkomst een duidelijke meerwaarde hebben en 59% vond het een goed instrument om de problemen die ze tijdens de uitvoering tegenkomen te bespreken. Toch vond ook 26% dat de problemen die ze met SSTP ervoeren niet goed werden opgepakt tijdens de intervisie en 15% (n=4) vinden dat de intervisie nauwelijks meerwaarde heeft. Gemiddeld worden de bijeenkomsten met een rapportcijfer 7.4 gewaardeerd. Drie 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 het totaal aantal ouders dat nodig was om de analyses van de metingen te kunnen uitvoeren is dan ook 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.

- *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 in te vullen 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 één-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

kenmerk	cijfer
Rol coördinator (n=21)	7.2
Landelijke projectleiding (n=26)	7.1
Intervisiebijeenkomsten (n=25)	7.4
Interventie (n=26)	8.0
Organisatie (n=26)	6.3
Persoonlijk (n=26)	7.8

3.5 Toekomst

Tenslotte hebben we gevraagd hoe men verder wil in de toekomst en of men belemmeringen ziet die opgelost dienen te worden. Een aantal belemmeringen of noodzakelijke aanpassingen zijn al in voorgaande paragrafen benoemd.

Op de vraag of men na de pilot door wil gaan met SSTP, antwoordt 93% dit graag te willen en 7% zegt dit niet te willen. Iets minder dan de helft (48%) heeft er vertrouwen in dat SSTP structureel zal worden ingebed in de instelling, maar 19% heeft dit vertrouwen niet en 33% onthoudt zich van een mening. 78% van de professionals geeft aan geen belemmerende factoren te ervaren voor de verdere uitvoering van SSTP. De toelichting

die professionals geven is weergegeven in bijlage 3. Hieruit komt ook een positief beeld naar voren over de voortzetting van SSTP binnen de instelling, al zijn er wel een aantal aandachtspunten, zoals: ondersteuning van andere collega's en de leidinggevende, financiering, een structurele inbedding van het overige aanbod van de MEE-instellingen en aanpassing materialen.

3.6 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 onaangetast 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. Inmiddels is ook gestart met een RCT door de Universiteit Medisch Centrum Groningen.

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.
- Bromley, B. E., & Blacher, J. (1991). Parental reasons for out-of-home placement of children with severe handicaps. *Mental Retardation*, 29, 275-280.
- 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.
- Forgatch, M. S., & Patterson, G. R. (1998). Behavioral family therapy. In F.M. Dattilio (Ed), *Case studies in couple and family therapy: Systematic and cognitive perspectives*. The Guilford family therapy series (pp. 85-107). NY: Guilford Press.
- 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. (2008). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioural problems in children. A meta-analysis. *Behaviour Modification*, 32, 714-35.
- Graaf, de I., Speetjens, P., Smit, F., Tavecchio, L. (2008b). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on parenting. A meta-analysis. *Family Relations*, 57, 553-566.
- Graaf, de I., Onrust, S., Haverman, M., Janssens, J. Helping families improve. An evaluation of two primary care approaches to parenting support in the Netherlands. *Infant and Child Development*, 18, 6, 481-501.
- 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.
- Quine, L., & Pahl, J. (1985). Examining the causes of stress in families with mentally handicapped children. *British Journal of Social Work*, 15, 501-517.
- Rispens, 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.
- Schrojenstein 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.
- Sloper, P., Knussen, C., Turner, S., & Cunningham, C. (1991). Factors in stress and satisfaction with life in families of children with Down syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 655-676.
- 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: Quantes.

Bijlagen

Bijlage 1. Overzicht Triple P programma

Interventieniveau	Doelgroep (0-12 jaar)	Interventiemethode	Mogelijk doelgedrag
<i>Niveau 1:</i> <i>Tips en hulp</i> Opvoedkundige informatie-campagne in de media	Alle ouders die geïnteresseerd zijn in informatie over de opvoeding en het stimuleren van de ontwikkeling van hun kind	Een gecoördineerde informatiecampagne waarin gebruik wordt gemaakt van media en andere gezondheidsvoorlichting om bewustwording van opvoedkundige problemen te bevorderen en deelname aan opvoedprogramma's, zoals Triple P, te normaliseren en te stimuleren.	Algemene opvoedingsproblemen Algemene dagelijkse gedrags- en ontwikkelingsproblemen
<i>Niveau 2:</i> <i>Informatie</i> Informatie en advies over specifieke opvoedvragen	Ouders met een specifieke vraag over het gedrag en/of de ontwikkeling van hun kind	Gerichte informatie over veel voorkomende opvoedingsvragen Individueel advies 2 x 10 minuten of een groepsgericht aanbod van lezingen	Algemene gedragsproblemen zoals zindelijkheidstraining, slaap- of eetproblemen
<i>Niveau 3:</i> <i>Advies</i> Gerichte training in opvoedingsvaardigheden	Ouders met specifieke zorgen over het gedrag of de ontwikkeling van hun kind, die adviezen of actieve vaardigheidstraining nodig hebben	Een kortdurend programma (1-4 sessies van 30 minuten) waarin advies wordt gecombineerd met oefeningen en zelfevaluatie naar behoefte, zodat ouders het specifieke probleemgedrag van hun kind leren te hanteren	Duidelijk afgebakende gedragsproblemen bij kinderen, zoals woedeaanvallen, zeuren, ruzie tussen broertjes en zusjes
<i>Niveau 4:</i> <i>Ondersteuning</i> Brede training in opvoedingsvaardigheden	Ouders die een intensieve training in opvoedingsvaardigheden wensen. In het bijzonder ouders van kinderen met gedragsproblemen.	Een intensief programma voor ouders die een intensieve training nodig hebben in positieve opvoedingsvaardigheden en in de generalisatie van strategieën voor verbetering. Programmavarianten bevatten Individuele sessies (8-10) (spreekuur/ huisbezoek) Groepstraining (8 sessies) Zelfhulpprogramma	Meervoudige gedragsproblemen bij kinderen Agressief gedrag Oppositieel-opstandige gedragsstoornis Gedragsstoornis Leerproblemen
<i>Niveau 5:</i> <i>Gezinsinterventie</i> Gedragsmatige gezinsinterventie	Gezinnen met meervoudige problemen.	Een intensief op maat samengesteld gezinsgericht programma, 10 tot 18 sessies met keuze modules gericht op het verhogen van pedagogische vaardigheden, omgaan met stress en relatieproblemen	Gedragsproblemen van kinderen in combinatie met andere gezinsproblemen zoals depressie, stress of relationele problematiek

1. Niveau 1: Tips en Hulp

Een gecoördineerde informatiecampagne waarin gebruik wordt gemaakt van media en andere gezondheidsvoorlichting om bewustwording van opvoedkundige problemen te bevorderen en deelname aan opvoedprogramma's, zoals Triple P, te normaliseren en te stimuleren.

2. Niveau 2: Informatie

Gerichte informatie over veel voorkomende opvoedingsvragen

Individueel advies 2 x 10 minuten of een groepsgericht aanbod van lezingen

3. Niveau 3: Advies

Een kortdurend programma (1-4 sessies van 30 minuten) waarin advies wordt gecombineerd met oefeningen en zelfevaluatie naar behoefte, zodat ouders het specifieke probleemgedrag van hun kind leren te hanteren

4. Niveau 4: Ondersteuning

- Intensieve vaardigheidstraining in 3 varianten:
- Individuele sessies (8-10) (spreekuur/ huisbezoek)
- Cursus (8 sessies)
- Zelfhulpprogramma

5. Niveau 5: Gezinsinterventie

Een intensief op maat samengesteld gezinsgericht programma, 10 tot 18 sessies met keuze modules gericht op het verhogen van pedagogische vaardigheden, omgaan met stress en relatieproblemen.

27. Kunt u met een rapportcijfer aangeven hoe bevorderend of belemmerend u het projectgroepvergadering vindt bij uw uitvoering van Stepping Stones Triple P?

		erg belemmerend					erg bevorderend				
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Stepping Stones Triple P		mee oneens	beetje mee oneens	niet eens/ niet mee oneens	mee niet	beetje mee eens	mee eens				
28.	Naar professioneel inzicht maak ik, wanneer ik dat nodig vind, inhoudelijke aanpassingen in Stepping Stones Triple P.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
29.	Wanneer ik Stepping Stones Triple P uitvoer maak ik naast de Triple P materialen gebruik van andere materialen.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30.	Ik voer Stepping Stones Triple P exact zo uit zoals het in de handleiding staat beschreven.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31.	Stepping Stones Triple P sluit te weinig aan bij de behoeften en gevoelens van de ouders waarmee ik het programma uitvoer/heb uitgevoerd.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32.	Ik merk dat Stepping Stones Triple P betere resultaten boekt dan de andere methode van opvoedingsondersteuning in de vermindering van gedragsproblemen bij kinderen.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
33.	De visie achter Stepping Stones Triple P past goed bij mijn professionele ideeën over opvoedingsondersteuning.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
34.	Het werken met Stepping Stones Triple P voldoet aan de verwachtingen die ik hiervan had.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
35.	Stepping Stones Triple P past bij de instelling waarvoor ik werk.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36.	De pedagogische aanpak van Stepping Stones Triple P is goed toepasbaar in mijn werk.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

		mee oneens	beetje mee oneens	niet mee eens/ niet mee oneens	beetje mee eens	mee eens
Stepping Stones Triple P						
37.	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.	0	0	0	0	0
38.	Het is moeilijk om Stepping Stones Triple P precies zo uit te voeren zoals het in de handleiding staat.	0	0	0	0	0
40.	De Stepping Stones Triple P materialen voor de professional zijn gebruiksvriendelijk.	0	0	0	0	0
41.	Ik vind het moeilijk om in te schatten wanneer Stepping Stones Triple P geschikt is voor een bepaald gezin.	0	0	0	0	0
42.	De Stepping Stones Triple P materialen voor ouders zijn gebruiksvriendelijk.	0	0	0	0	0
43.	De Stepping Stones Triple P training gaf mij voldoende voorbereiding op de praktijk.	0	0	0	0	0
44.	Voordat de pilot van Stepping Stones Triple P in mijn organisatie startte, had ik voldoende de gelegenheid gehad om te oefenen met Stepping Stones Triple P.	0	0	0	0	0
45.	Wanneer ik ouders volgens de Stepping Stones Triple P methode opvoedingsondersteuning verleen, dan hoor ik later of ze de adviezen hebben opgevolgd.	0	0	0	0	0
46.	Om met Stepping Stones Triple P te werken heb je een lange adem nodig, omdat je pas op de langere termijn echte resultaten boekt bij ouders en kinderen.	0	0	0	0	0
47.	Ik vraag me af of Stepping Stones Triple P daadwerkelijke preventief	0	0	0	0	0

Stepping Stones Triple P

werkt ten aanzien van de ontwikkeling van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen.

mee oneens beetje mee oneens niet eens/ niet mee oneens beetje mee eens mee eens

48. Kunt u met een rapportcijfer aangeven hoe bevorderend of belemmerend u de kenmerken van Stepping Stones Triple P vindt bij uw uitvoering hiervan?

erg belemmerend erg bevorderend
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

De organisatie

mee oneens beetje mee oneens niet eens/ niet mee oneens beetje mee eens mee eens

49.	Binnen onze organisatie is duidelijk iemand aan te wijzen die erg enthousiast is over Stepping Stones Triple P.	0	0	0	0	0
50.	Ik voel mij gesteund door mijn leidinggevende in het uitvoeren van Stepping Stones Triple P.	0	0	0	0	0
51.	Ik voel mij gesteund door mijn directe collega's in het uitvoeren van Stepping Stones Triple P.	0	0	0	0	0
52.	Ik zou graag vanuit mijn organisatie meer steun willen ontvangen om Stepping Stones Triple P uit te voeren.	0	0	0	0	0
53.	Ik krijg binnen mijn instelling voldoende tijd om Stepping Stones Triple P uit te kunnen voeren.	0	0	0	0	0
54.	Stepping Stones Triple P past geheel binnen het instellingsbeleid.	0	0	0	0	0
55.	Opvoedingsondersteuning wordt binnen onze instelling als belangrijke taak gezien.	0	0	0	0	0
56.	Stepping Stones Triple P vind ik volledig passen bij de taken die horen bij mijn functie.	0	0	0	0	0
57.	Ik kan bij mijn leidinggevende terecht wanneer ik struikelblokken in het kader van Stepping Stones Triple P wil bespreken.	0	0	0	0	0

De organisatie

	mee oneens	beetje mee oneens	niet eens/ niet mee oneens	beetje mee eens	mee eens
58. Ik vraag me wel eens af of mijn leidinggevende precies weet wat ik doe in het kader van Stepping Stones Triple P.	0	0	0	0	0
59. Mijn leidinggevende en ik hebben regelmatig contact in het kader van Stepping Stones Triple P.	0	0	0	0	0

60. Kunt u met een rapportcijfer aangeven hoe bevorderend of belemmerend u de rol van uw organisatie vindt bij uw uitvoering van Stepping Stones Triple P?

	erg belemmerend					erg bevorderend					mee oneens	beetje mee oneens	niet eens/ niet mee oneens	beetje mee eens	mee eens	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
Persoonlijke kenmerken																
61. Ik voel me niet erg betrokken bij de invoering van Stepping Stones Triple P in de organisatie waar ik werk.												0	0	0	0	0
62. Ik 'geloof' in de Stepping Stones Triple P methode voor opvoedingsondersteuning.												0	0	0	0	0
63. Ik heb het gevoel dat ik Stepping Stones Triple P 'eigen' gemaakt heb.												0	0	0	0	0
64. Ik kan aan anderen, die Stepping Stones Triple P niet kennen, goed uitleggen wat Stepping Stones Triple P precies inhoudt.												0	0	0	0	0
65. Mijn parate kennis die ik heb over Stepping Stones Triple P valt me vaak tegen.												0	0	0	0	0
66. Ik ben veel vergeten van wat ik allemaal tijdens de Stepping Stones Triple P training heb geleerd.												0	0	0	0	0
67. Op het moment dat ouders mij problemen uit hun opvoedingssituatie voorleggen twijfel ik vaak of ik capabel genoeg ben om Stepping Stones Triple P hierop toe te passen.												0	0	0	0	0

- mee oneens
- beetje mee oneens
- niet mee eens/ niet mee oneens
- beetje mee eens
- mee eens

Verklaar uw antwoord:

75. Ik heb invloed op de beslissing (die na de pilot door uw instelling genomen zal moeten worden) over het wel of niet structureel inbedden van Stepping Stones Triple P in de instelling waar ik werk.

- mee oneens
- beetje mee oneens
- niet mee eens/ niet mee oneens
- beetje mee eens
- mee eens

76. Zijn er factoren die uw uitvoering van Stepping Stones Triple P belemmeren of bemoeilijken?

- nee
- ja, namelijk:

77. Overige opmerkingen die van belang kunnen zijn in het kader van deze pilot:

Bijlage 3. Toelichting professionals bij open vragen vragenlijst

Toelichting bij vraag 71. Als ik zou kunnen stoppen met de uitvoering van Stepping Stones Triple P dan doe ik dat wel/niet niet (93% antwoordde niet)

- SSTP biedt structuur binnen gezinsbegeleiding.
- Het programma is onvoldoende eigengemaakt om enkel enthousiast te zijn .
- Ik vind dat je moet afmaken waar je aan begint.
- Ik heb geloof in SSTP, voldoende handvaten, overzichtelijk geheel.
- Het is zonde te stoppen, veel vraag binnen gemeenten en WMO loket.
- De SSTP effecten zijn groot, prettig methodisch werken , meetbaarheid erg prettig, geeft houvast en bevestiging.
- Ik ga verder met SSTP in andere vorm, niveau 3 past beter bij visie MEE.
- Het geeft veel handvatten voor duidelijke en zichtbare structuur aan opvoedingstraject.
- Ik ben tevreden over de methode vanwege structuur en houvast voor ouders en werkers.
- De methodiek past niet altijd bij werkwijze MEE, desondanks geven ze wel houvast aan opvoedingsondersteuning.
- Ik ben nog niet echt begonnen met SSTP, geen kans nog om eigen te maken.
- Het is een leuke methode.
- SSTP geeft helderheid en inzicht in korte tijd en alle opvoedingsmethodieken in zich.
- SSTP biedt nog voldoende mogelijkheden.
- Ik ben positief over SSTP, zowel om te geven en te zien positieve effecten in gezinnen.
- Ik heb veel positieve ervaringen, resultaat bij ouders en kinderen. Maar eerder niveau 3 past bij MEE dan niveau 4.
- SSTP heeft meer waarde naarmate ik er meer mee werk. Belemmering is het Engeltalige werkboek.
- Het bevat goed.
- Ik geloof in de kracht van het programma, het is praktisch en concreet, veel handvatten voor gezinnen.
- Het zou jammer zijn van de investering en ik vond het een waardevolle aanvulling op mijn opvoedingsvaardigheden.
- Het kan botsen met het werk als speltherapeut, opvoedingsondersteuning is verwarrend voor gezin.
- GGMD is er niet altijd positief over.
- Ouders enthousiast, het werkt goed.

Toelichting bij vraag 72. In de toekomst na de pilot ga ik wel/niet door met Stepping Stones (antwoordde 93%).

- Structureel werken en tevreden ouders na traject .
- Het is een goed toepasbare methode in het werk.
- Het is een goede methodiek voor gezinnen waar het aansluit.
- De methode sluit goed aan bij gezinnen, ouders krijgen meer grip op hun problemen.
- Niveau 3 lijkt zinvoller, op niveau 4 pas groepsaanbod / cursus wel prima visie MEE.
- De vraag wordt steeds groter, ondersteuning steeds eigener, positieve reacties van ouders, het is een passende methode
- Ik ben absoluut een ambassadeur van SSTP, de methode geeft ouders concrete houvast en handvatten, en de regie aan ouders.
- Als methode naast alle andere kennis en ervaringen en in situaties die zich er voor lenen.
- Ik vul SSTP wel aan met andere methoden, ik twijfel of ik voldoende goed uitvoer.
- Het bevat goed.
- ik wil nog meer ervaring op doen.

- Het is een mooi ingekaderde methodiek.
- Als dat mogelijk is ga ik door en als het niet botst met speltherapie.
- Ik wil doorgaan om beter te worden, te zwakke ouders verwijs ik door.

Toelichting bij vraag 73. Aan de huidige invoering van SSTP in de instelling waar ik werk zijn meer nadelen dan voordelen verbonden: 48% oneens, 30% geen mening, 22% mee eens

- Ik ben de enige professional. Dat is belemmerd want in samenspraak met andere collega's wil ik graag Stepping Stones verder binnen de organisatie ontwikkelen.
- Het vraagt om cultuuromslag bij werkers en de organisatie.
- Het mag breder gedragen worden.
- Het programma past goed bij visie MEE.
- De ouderbijdrage is 30 euro voor het werkboek, andere ondersteuning is gratis. Dat is een belemmering.
- SSTP is een waardevolle variant. Niveau 4 kost veel tijd, resultaat niet altijd bevredigend, niveau 3 wellicht beter voor MEE?
- Opvoedingsondersteuning is hard vechten voor plek, deze methode helpt om te laten zien dat de opvoeding belangrijk is.
- De methode is een groot voordeel, wel weinig gelegenheid om het uit te voeren. Ligt deel aan veelheid werkzaamheden.
- geen nadelen, wel onduidelijk wat na de pilot gedaan wordt met Triple P.
- positief advies naar managementteam, vraagt wel tijd en geld.
- Kritiek breng ik in de instelling.
- SSTP is onderdeel van MEE, maar niet dagelijks werk, zo kan ik geen routine opbouwen. Dat is lastig als je geen ervaring hebt.
- Ik ben na pilot geschoold, hierdoor heb ik minder zicht op invoering. Maar ik zie geen nadelen.
- SSTP past goed binnen MEE, tijd voor verdieping ontbreekt door veel neventaken.
- Veranderingen binnen team wat betreft de taak van de regiomanager gaf onduidelijkheden tijdens pilot.
- Ik ervaar een gemis aan een SSTP geschoolde leidinggevende. Dat begint al bij de screening, omdat goed gekeken moet worden welke ouders SSTP krijgen.
- Er is onvoldoende draagvlak. Ouders van doven/slechthorende kinderen krijgen al opvoedingsondersteuning van gezinsbegeleiders.
- Er was weinig tijd voor intervisie, waardoor het risico aanwezig is dat het verzandt. Ook aanschaf boeken en beschikbaarheid testen is discussie.

Toelichting bij vraag 74. Ik heb er vertrouwen in dat SSTP structureel zal worden ingebed in de instelling waar ik werk (48% mee eens, 19% oneens, 33% geen mening)

- Het duurt lang gezien de hoge kosten en toetsing binnen de organisatie.
- Mensen waren enthousiast tijdens de pilot. Het kost veel tijd en weerstand moet overwonnen worden.
- Dit is hoofdzakelijk afhankelijk van de cursisten en of het product te vermarkten is.
- Ik hoop dat MEE Nederland meewerkt aan het inbedden binnen de MEE-organisatie en dat er een positief evaluatieverslag van de pilot is.
- Mijn instelling heeft zich nog niet definitief uitgesproken over een structurele inbedding.
- Wij zijn een groeiende organisatie. In moeizame toekomst voor MEE kan dit evt. problemen geven.
- MEE toekomst is onduidelijk door veranderingen AWBZ.
- Hier heb ik geen zicht op.
- Ze zijn er nog niet over eens.
- Er is positief geadviseerd en vraag over aansluitende zorg in de toekomst is er. Vergoeding zal via de gemeente lopen verwacht ik.

Ireen de Graaf
Paula Speetjens

 Trimbos
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

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

Evaluatie van een pilot studie





Stepping Stones Triple P is een aanpassing van het Triple P – Positief Pedagogisch Programma. Het is voor ouders van kinderen (0-12 jaar) met een ontwikkelingsstoornis of lichamelijke of verstandelijke beperking. Het doel is het voorkomen van (ernstige) emotionele en gedragsproblemen bij kinderen door het bevorderen van competent ouderschap. In dit verslag presenteren we de resultaten van het onderzoek dat tijdens een pilot van de invoering van Stepping Stones Triple P in Nederland is uitgevoerd. Dit onderzoek betrof een veranderingsonderzoek om inzicht te krijgen in de eerste effecten van de interventie en een implementatiestudie met als doel om te bezien of en hoe deze interventie in Nederland implementeerbaar is.



FONDS
verstandelijk
gehandicapten



HET BEVORDEREN VAN STEUN AAN MENSEN
MET EEN VERSTANDELIJKE HANDICAP