

Ferry Goossens
Ireen de Graaf

 Trimbos
instituut

Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Groepstraining Triple P voor ouders van tieners

Evaluatie van een pilot study

Ferry Goossens
Ireen de Graaf

Groepstraining Triple P voor ouders van tieners

Evaluatie van een pilot study

Trimbos-instituut, Utrecht, 2010



Colofon

Projectleiding
Ireen de Graaf

Uitvoering
Ferry X. Goossens

Productiebegeleiding
Joris Staal

Omslagontwerp
Ladenius Communicatie BV Houten

Opdrachtgever/ financier
Fonds NutsOhra

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 Trim-bos-instituut.

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl met artikelnummer DL007

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	9
1.1 Inleiding	9
1.2 Projectstructuur	10
1.3 Voorbereidende fase	10
1.4 Onderzoekopzet	11
2 Resultaten effectstudie	15
2.1 Onderzoekspopulatie	15
2.2 Resultaten	17
2.3 Conclusie	23
3 Resultaten implementatiestudie	25
3.1 Professionals en instellingen	25
3.2 Vragenlijst bevorderende en belemmerende factoren	25
3.3 Intervisie, coördinatorenbijeenkomst, afsluitende bijeenkomst	27
3.4 Ervaringen gedurende de pilot	27
3.5 Conclusie	28
4 Conclusies en aanbevelingen	29
Literatuur	31

Samenvatting

In 2008 en 2009 is een pilot uitgevoerd naar de groepscursus Triple P voor tieners. De effectiviteit en de implementeerbaarheid van Triple P voor ouders van tieners is bestudeerd teneinde een onderbouwd advies uit te kunnen brengen betreffende voortzetting van de interventie in Nederland en het doen van vervolgonderzoek. We hebben onderzocht of de interventie in een pre-postdesign effectief is wat betreft probleemgedrag van het kind en opvoedvaardigheden en welzijn van de ouders en we hebben gekeken of de interventie implementeerbaar is in de Nederlandse situatie.

Effectmeting

De problemen van het kind zijn gemeten met de Vragenlijst Sterke kanten Moeilijk kanten (SDQ) en Kindgedrag Vragenlijst (ECBI); de opvoedvaardigheden van de ouders met de Vragenlijst Opvoedstijlen (PS), Checklist Opvoedproblemen (PPC) en Vragenlijst Conflictgedrag-ouderversie (CBQ). De mate van depressieve klachten, angstklachten en stress bij ouders is gemeten met de Depressie Angst Stress Schaal (DASS-21) en de Vragenlijst Kwaliteit Partnerrelatie (RQI).

In totaal hebben 288 ouders zich aangemeld voor de cursus. Daarvan hebben 196 ouders de voormeting en 149 ouders de nameting ingevuld. Ongeveer de helft van de deelnemers volgde de cursus samen met haar/zijn partner. Ruim een kwart van de deelnemers was man. In 55% van de gevallen werd hulp gezocht voor een zoon. Opvallend is het relatief hoge percentage stellen dat de cursus volgt evenals het relatief hoge aandeel vaders dat deelneemt. Ook ligt het percentage meisjes waarvoor hulp wordt gezocht redelijk in de buurt van het percentage jongens.

De belangrijkste resultaten zijn:

- Ouders die deelnemen aan Triple P voor tieners rapporteren een significante afname in (klinisch) probleemgedrag van kinderen, een significante toename van effectieve opvoedstrategieën en een significante toename in hun welzijn.
- Ouders die minimaal 4 van de 5 groepsbijeenkomsten aanwezig zijn geweest profiteren significant meer dan ouders die 3 of minder bijeenkomsten aanwezig zijn geweest.
- Ouders van kinderen die op de SDQ 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 scoort.
- Ouders die op de CBQ in het klinische gebied scoren op de voormeting rapporteren een grotere vooruitgang in de opvoedvaardigheden dan ouders die op de voormeting niet in het klinische gebied van de CBQ scoren.
- Ouders die op de voormeting zowel op de SDQ als de CBQ niet in het klinische gebied scoren lijken geen baat te hebben bij de cursus. Geadviseerd wordt om de volgende inclusiecriteria voor de cursus te nemen: een ouder (kind) heeft minimaal een klinische score op de SDQ totaalscore of de CBQ. Ouders die hier niet aan voldoen zou geadviseerd kunnen worden een niveau 3 interventie te volgen. Uiteraard kan de professional ervoor kiezen om hier op basis van zijn/haar vakkundigheid -beredeneerd- van af te wijken.

Mate van tevredenheid

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. Een relevant deel van de ouders die zich aanmeldt voor de cursus, volgt deze uiteindelijk niet. De redenen hiervoor zijn in deze pilot niet onderzocht, maar lijken niet gerelateerd te zijn aan de interventie. Het wordt aanbevolen om ongeveer 25% meer ouders te werven per cursus dan er plaatsen beschikbaar zijn. Over het algemeen zijn ouders positief over de cursus en de Triple P aanpak. Er is echter een groep ouders waarbij Triple P niet volledig voorziet in de behoeftes van ouders. Het verdient aanbeveling om de redenen hiervoor nader te onderzoeken.

Resultaten implementatiestudie

In totaal zijn er tijdens de twee trainingen 38 professionals opgeleid die werkzaam zijn bij elf instellingen. Deze betreffen zowel jeugdzorg, jeugd GGZ als opvoedsteunpunten verspreid over het zuiden en westen van het land. De 25 getrainde professionals zijn gemiddeld 41 jaar oud (25 jaar – 59 jaar). Er waren vijf mannelijke en twintig vrouwelijk professionals. De meeste professionals gaven al geruime tijd opvoedingsondersteuning. De implementatie van Triple P voor tieners is zeer voorspoedig verlopen. De training en materialen lijken voldoende op orde om de cursus succesvol te laten verlopen. De vraag van zowel ouders als professionals naar de interventie is groot. Belangrijkste aandachtspunten zijn het "volle programma", de wens om er een extra bijeenkomst aan toe te voegen en de ondersteuning vanuit de instellingen waarvoor de professionals werken.

Conclusie

Triple P voor tieners heeft in de pilot significant positieve effecten op kindgedrag, opvoedingsvaardigheden en welzijn van ouders laten zien. De implementatie van Triple P voor tieners is succesvol verlopen en er zijn geen grote knelpunten geconstateerd voor landelijke implementatie.

Inleiding

Hoewel het met de Nederlandse jeugd over het algemeen goed gaat is er ook een groot aantal jongeren dat te kampen heeft met ontwikkeling- en gedragsproblemen. Uit een onderzoek onder scholieren in het voortgezet onderwijs blijkt dat bijna 40% vaker dan eens per week last ondervindt van psychosomatische klachten. Verder heeft 14% last van emotionele problemen en heeft zo'n 17% gedragsproblemen. Dit is ongeveer één op de zes scholieren. In vergelijking met kinderen aan het eind van het basisonderwijs vertonen jongeren in het voortgezet onderwijs systematisch meer problemen en een aanzienlijk ongezondere leefstijl. In de loop van deze leeftijdsfase is te zien dat jongeren minder steun van hun ouders gaan ervaren, minder vaak zeggen dat zij het op school leuk vinden, minder vaak hun eigen prestaties als goed betitelen en vaker zeggen dat zij veel druk ervaren door hun schoolwerk. Ook psychosociale klachten nemen toe. Jongeren gaan zich in de loop van de adolescentie minder gezond en minder gelukkig voelen en vooral bij meisjes nemen emotionele problemen toe (Dorsselaer, 2007).

Deze problemen hebben niet alleen zijn weerslag op jongeren zelf, maar ook op hun ouders. De puberteit brengt voor ouders nieuwe opvoedingsopgaven met zich mee en veel ouders ervaren een hogere opvoedingsbelasting in deze leeftijdsfase. Psychosociale problematiek bij jeugdigen beïnvloedt de manier waarop ouders de opvoeding beleven (Burger, 2001). Verder is de invloed van leeftijdgenoten en andere externe factoren op het gedrag van jongeren groot. Sommige ouders hebben daarbij behoefte aan steun en advies over opvoedvaardigheden.

Echter, van de groep ouders die problemen in de opvoeding ervaart, maakt maar een beperkt deel ook daadwerkelijk gebruik van enige vorm van hulp of behandeling. Binnen de jeugdgezondheidszorg ligt het zwaartepunt bij opvoedingsondersteuning aan ouders van jonge kinderen. Er zijn vrijwel geen preventieprogramma's beschikbaar die zich richten op ouders van tieners met (beginnende) gedrags- en emotionele problemen. De bestaande programma's zijn bovendien van sterk wisselende kwaliteit en niet op effectiviteit onderzocht (Blokland, 2002). Binnen de GGZ en jeugdzorg zijn de contacten met tieners en hun ouders frequenter maar daar richt het aanbod zich vaak eerder op begeleiding en/of behandeling van de tieners zelf en minder op de het versterken van de vaardigheden van ouders. Er is daarom een grote behoefte aan een goed onderbouwd ondersteuningsprogramma voor ouders van tieners.

Vanwege de positieve ervaringen met Triple P voor ouders van jonge kinderen is in deze pilot onderzocht of Triple P voor ouders van tieners een passende interventie zou kunnen zijn. Passend in termen van: effectief en implementeerbaar. In de pilot, waar dit verslag op ingaat, is de groepscursus Triple P tieners vertaald, aangepast aan de Nederlandse situatie en geëvalueerd. Het betreft de variant voor ouders van met ernstige gedragsproblemen die een gerichte training in opvoedingsvaardigheden nodig hebben, (een zogeheten niveau 4 interventie).

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

1 Onderzoeksoopzet

1.1 Inleiding

Uitgangspunt van deze pilot was dat de Triple P voor tieners cursus (Sanders, 2005), op basis van buitenlands onderzoek, een zinvolle interventie voor Nederland zou kunnen zijn. Naar Triple P is reeds veel internationaal onderzoek gedaan met positieve uitkomsten¹ en ook de eerste studies naar de variant voor ouders van tieners zijn bemoedigend (Ellerbrock, 2007; Stallman, 2007). Tevens is er bij professionals een grote behoefte naar een Triple P variant voor tieners 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 cursus 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 Triple P voor ouders van tieners 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 Zie voor een overzicht http://www.pfsc.uq.edu.au/publications/evidence_base.html

1.2 Projectstructuur

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

- Landelijk.
Het Trimbos-instituut was projectleider en had de taak om de tijd, kwaliteit en financiën te bewaken en het onderzoek uit te voeren. Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) was betrokken bij de trainingen en de intervisie. Deze twee instituten kwamen maandelijks bijeen om de voortgang te bespreken.
- Lokale coördinatoren.
In totaal 12 instellingen namen deel aan dit project. Dit zijn de GGZ-instellingen, geïndiceerde jeugdzorg instellingen en opvoedsteunpunten: Spirit (Amsterdam, 3 gebieden), Oosterpoort (Oss), Reinier van Arkelgroep/Herlaarhof (Vught), GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen (Leiden), Stek, organisatie voor jeugdzorg (Rotterdam), Kansweb Opvoedingsondersteuning (Amsterdam), Mediant (Enschede), Cardea Jeugdzorg (Leiden), Altra (Amsterdam) en Stichting Steunpunt Opvoeding in 's Hertogenbosch. Afgewaardigden van iedere instelling namen deel aan een coördinatorenoverleg en kwamen 3 keer per jaar bij elkaar om de voortgang te bespreken.
- Professionals.
De professionals werden aangestuurd en geïnformeerd door de coördinatoren en kwamen soms ook landelijk bijeen voor informatiebijeenkomsten. De professionals waren verantwoordelijke voor de instroom van ouders en de uitvoer van de cursus.
- Internationaal.
Aangezien 'Triple P International' in Australië eigenaar van het programma is, vond samenwerking met hen plaats. Tevens zijn de resultaten in februari 2010 gepresenteerd op het internationale congres *Helping Families Change* in Brisbane, Australië.

1.3 Voorbereidende fase

Vertaling materialen

In de eerste fase van het project is een aantal materialen vertaald; het groepswerkboek voor ouders, de DVD 'Wegwijzer voor ouders van tieners' (Every Parent's Guide to teenagers) en de CD-ROM met Powerpoints t.b.v. de cursus: 'Teen Triple P Group Slides'. Deze materialen zijn ondersteunend bij de uitvoering van de interventie. De vertaalde materialen worden gewaardeerd door zowel ouders als professionals (zie ook hoofdstuk 4).

Informatiebijeenkomst

Voorafgaand aan de trainingen van de beroepskrachten is een informatiebijeenkomst voor de beroepskrachten gehouden. Het doel hiervan was om beroepskrachten te informeren over het verloop van het project.

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 Trimbos-instituut. Alle deelnemende instellingen hebben het contract ondertekend.

Trainingen & accreditatie van professionals

In juni en september 2008 hebben twee trainingen voor beroepskrachten plaats gevonden. Deze zijn gehouden door de Australische trainer en expert in tieners Alan Ralph. 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 en de competenties van de beroepskrachten namen toe door het volgen van de training. Enkele maanden na de trainingen vond de accreditatie plaats. Deze is uitgevoerd door twee Nederlandse trainers die dit reeds doen in het kader van andere Triple P trainingen. Tijdens de accreditatie moesten de beroepskrachten de benodigde competenties voor het geven van de oudercursus laten zien.

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:

De groepscursus Triple P voor Tieners (niveau 4) heeft een positief effect op het probleemgedrag van het kind, de opvoedvaardigheden van ouders en het welzijn van ouders.

De groepscursus Triple P voor Tieners (niveau 4) is implementeerbaar.

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 van de ouders?
- 3) Verbetert het welzijn van ouders?
- 4) Zijn er groepen ouders te onderscheiden die vooral baat hebben gehad of juist minder baat hebben gehad van de interventie?
- 5) Hoe waarderen de ouders de cursus?
- 6) 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 cursusleider. 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.

Een week voor de laatste bijeenkomst ontvingen de ouders per post de nameting met het verzoek deze mee te nemen naar de laatste bijeenkomst. Strikt genomen valt de laatste bijeenkomst dus niet binnen de evaluatieperiode. Echter is voor deze werkwijze gekozen om de respons te verhogen en is dit gezien het doel van deze studie geen probleem.

Voor de beantwoording van vraag 6: "Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de implementatie van de cursus?" hebben alle deelnemende professionals een vragenlijst met bevorderende en belemmerende factoren ingevuld. Voorbeelden van vragen zijn: "Triple P voor tieners past bij de instelling waarvoor ik werk." en "De aanpak van Triple P voor tieners 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 train-de-trainer en werden verzocht deze in te leveren na afloop van hun eerste cursus.

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

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

- 1) *De primaire uitkomstmaat*: het probleemgedrag van de kinderen in termen van gedrags- en emotionele problemen.
 - a. **SDQ** - Vragenlijst Sterke kanten Moeilijke kanten (Goodman, 1999)
25 items met subschalen voor emotionele problemen, externaliserend gedrag, hyperactiviteit, relaties met leeftijdsgenoten en prosociaal gedrag. Daarnaast een vijftal vragen over de intensiteit van de problemen.
 - b. **ECBI** - Kindgedrag Vragenlijst (Eyberg, 1999)
36 vragen over het gedrag van het kind. Een probleemschaal en een intensiteitschaal.

- 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 (toegefelijkheden) en overreactief handelen.¹
 - b. **PPC** - Checklist Opvoedproblemen (Sanders, 1993)
16 items die de meningsverschillen tussen ouders over de opvoeding weergeven.
 - c. **CBQ** - Vragenlijst Conflictgedrag, ouderversie (Robin, 1989)
20 items over de problemen tussen ouders en hun tiener.

¹ Kort na de start van de pilot kwam een Vragenlijst Opvoedstijlen (PS) voor tieners beschikbaar. Helaas was deze ten tijde van start van de pilot nog niet beschikbaar en is gebruik gemaakt van de algemene versie.

- 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.

1.4.5 Steekproef

Verwacht werd dat het probleemgedrag van de kinderen uit de gezinnen die hebben deelgenomen aan de tieners Triple P cursus verbetert. Om een gestandaardiseerde effectgrootte van 0.33 aan te kunnen tonen (ondergrens van middelgroot effect; Lipsey, 1993) met een 2-zijdige toets, een conventionele toetsdrempel van $\alpha = 0.05$ en een statistische power (1-beta) van 0.80 zijn 145 gezinnen nodig op de voormeting.

Ten einde dit te bereiken zijn twee train-de-trainer cursussen gegeven waar per cursus maximaal 20 professionals aan konden deelnemen. Het aantal van 40 professionals (van 12 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. 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.

Na de cursussen zijn de instellingen gestart met de werving van de ouders. Dit kon op verschillende manieren, instellingen maakten daarin hun eigen plan: via open inschrijving, op indicatie (Bureau Jeugdzorg) of bij intake binnen de geïndiceerde jeugdzorginstelling zelf. Hiervoor zijn folders en wervingsbrieven op maat gemaakt.

1.4.6 Missende data

Missende data is middels multiple regressie imputatie (STATA versie 9) geïmputeerd. Antwoorden van ouders die geen of slechts delen van nameting hebben ingevuld zijn daarmee zorgvuldig geschat op basis van onder andere de gegevens op de voormeting en vergelijkbare ouders die wel een nameting hebben ingevuld.

1.4.7 Analyse

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

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

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

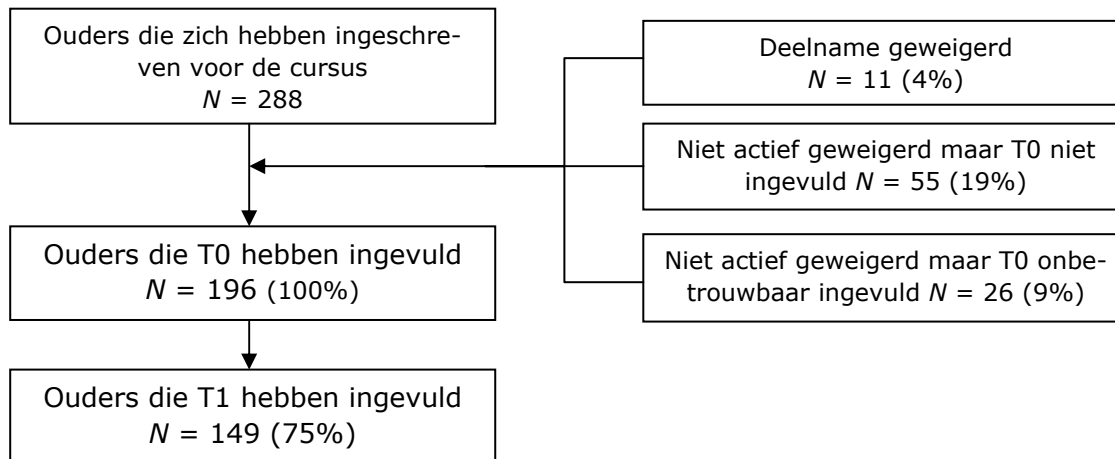
2 Resultaten effectstudie

2.1 Onderzoekspopulatie

2.1.1 Respondenten

In totaal hebben 288 ouders zich aangemeld voor de cursus. Van de 288 ouders hebben er 11 aangegeven niet aan het onderzoek deel te willen nemen, 55 ouders hebben T0 niet ingevuld (vaak betrof het één ouder van een ouderpaar) en 26 ouders hebben T0 onbetrouwbaar ingevuld (bijvoorbeeld voor 2 kinderen). Over deze ouders zijn, behalve aanwezigheidsgegevens, geen gegevens bekend. De ouders die geen vragenlijst hebben ingevuld waren gemiddeld 3 van de 5 groepsessies aanwezig in tegenstelling tot diegene die wel een vragenlijst invulden (gemiddeld 4 van de 5 sessies).

In totaal hebben 196 ouders de voormeting (betrouwbaar) ingevuld en waren daarmee geïnccludeerd in de cursus. Op de nameting hebben 149 ouders (75%) een vragenlijst ingevuld. Omdat we uitgaan van het "Intention to Treat" principe zijn de analyses gedaan over alle 196 ouders. Dat betekent dat ook ouders die wel een voormeting hebben ingevuld maar de cursus niet hebben gevolgd/afgemaakt en/of geen nameting hebben ingevuld, zijn meegenomen in de analyses. Op deze wijze wordt geanalyseerd wat de behandeling in de praktijk waard is. Ouders die uitvallen bij een onderzoek zijn vaak ouders met wie het relatief goed gaat of met wie het juist relatief slecht gaat. Wanneer deze ouders niet in de analyse betrokken worden kan vertekening ontstaan. De resultaten geven dus een weergave van het effect van de cursus zoals deze in de praktijk wordt uitgevoerd. (Met uitzondering dus van de ouders die geen T0 hebben ingevuld). Hieronder staat de onderzoekspopulatie weergegeven middels een flowchart.



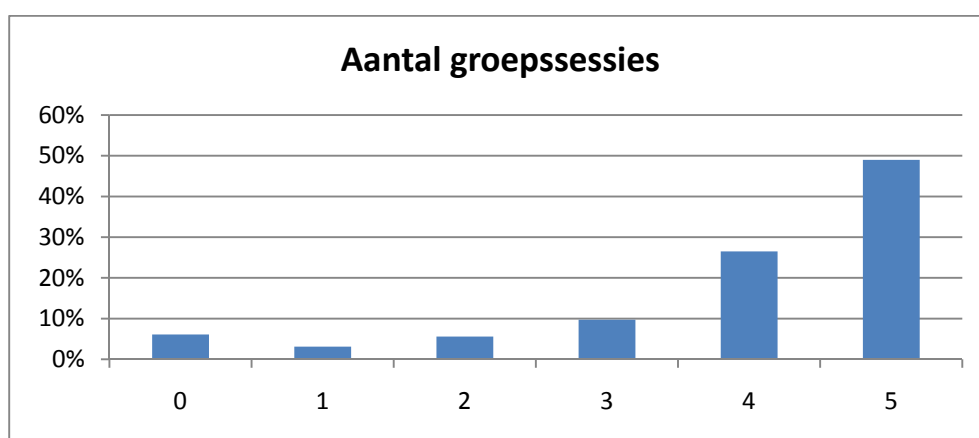
Figuur 1. Flowchart deelnemers

2.1.2 Deelname

Van de 288 hebben 263 ouders daadwerkelijk één of meerdere bijeenkomsten gevolgd. Dat betekent dat 9% zich wel heeft aangemeld maar vlak voor de cursus heeft besloten om de cursus niet te volgen. Overigens ligt het percentage ouders dat voortijdig uitvalt in de praktijk nog hoger. De gegevens waarover wij beschikken betreft het percentage ouders dat vlak voor de start van de cursus nog uitvalt. Professionals hebben aangegeven dat er

in de daaraan voorafgaande periode ook veel ouders waren die besloten toch niet deel te nemen. Diverse redenen (verergering of vermindering problemen, andere hulp) kunnen hier aan ten grondslag liggen. In de toekomst kan het uitvalpercentage worden meegenomen tijdens de werving voor nieuwe cursussen. Door dit percentage in te calculeren kan voorkomen worden dat er met te kleine aantallen ouders wordt gewerkt wat ongunstig is in termen van efficiency. Het exacte (voortijdige) uitvalpercentage is lastig exact vast te stellen, maar geadviseerd wordt om rekening te houden met ongeveer 25%.

Ook gedurende de cursus waren er diverse ouders die besloten om vroegtijdig te stoppen. In grafiek 1 is af te lezen hoeveel groepsessies de ouders hebben gevolgd. Ouders waren gemiddeld 4 van de 5 groepsbijeenkomsten aanwezig; 75% was bij 4 of 5 bijeenkomsten aanwezig. (N.B. Een deel van de ouders die uiteindelijk besloot niet deel te nemen aan de cursus had reeds wel een voormeting ingevuld. Dit aantal heeft derhalve 0 bijeenkomsten gevolgd en zijn onderdeel van de 196 geïncludeerde respondenten.)



Grafiek 1. Aantal groepsessies gevolgd door de respondenten (n=196)

2.1.3 Demografische gegevens

Ongeveer de helft van de deelnemers volgde de cursus samen met haar/zijn partner. Ruim een kwart van de deelnemers was man. In 55% van de gevallen werd hulp gezocht voor een zoon. Opvallend is het relatief hoge percentage stellen dat de cursus volgt evenals het relatief hoge aandeel vaders dat deelneemt. Ook ligt het percentage meisjes waarvoor hulp wordt gezocht redelijk in de buurt van het percentage jongens.

Ouders	N = 196
<i>Ouders die samen cursus volgen</i>	47% (n=92)
<i>Moeders</i>	72% (n=142)
<i>Gemiddelde leeftijd ouder</i>	46 jaar (range 30 – 67)
<i>Autochtone Nederlanders</i>	78% (n=153)
Kinderen	N = 156
<i>Jongens</i>	55% (n=86)
<i>Gemiddelde leeftijd kind</i>	14 jaar (range 9 – 18)

Tabel 1. Demografische gegevens

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.

	T0	T1	Significant	Effectgrootte
<u>Primaire uitkomsten</u>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
SDQ				
Emotionele probl. (α .668)	3,45 (2.38)	2,79 (2.25)	$p < .001$	.28
Gedragsprobl. (α .642)	3,86 (2.28)	2,97 (1.94)	$p < .001$	.39
Hyperactiviteit (α .736)	5,58 (2.60)	5,14 (2.39)	$p < .001$	.17
Omgang leeftijdsg. (α .637)	2,68 (2.21)	2,35 (2.00)	$p < .001$	.15
Totaalscore (α .740)	15,58 (5.94)	13,30 (5.48)	$p < .001$	.38
Prosociaal gedrag (α .664)	6,54 (2.04)	6,82 (1.87)	$p < .01$	.14
ECBI				
Probleemschaal (α .906)	15,22 (6.63)	11,30 (7.08)	$p < .001$	.59
Intensiteit (α .850)	119 (27)	103 (26)	$p < .001$	.60
<u>Secundaire uitkomsten</u>				
PS				
Permissiviteit (α .765)	3,08 (.96)	2,68 (.84)	$p < .001$	.42
Over-reactief (α .774)	3,38 (1.07)	2,68 (.84)	$p < .001$	.65
Totaalscore (α .782)	3,31 (.78)	2,72 (.70)	$p < .001$	.75
PPC (α .846)	6.06 (3.83)	3.38 (2.92)	$p < .001$	.70
CBQ (α .879)	10,86 (5.17)	7,43 (5.02)	$p < .001$	.66
<u>Tertiaire uitkomsten</u>				
DASS				
Depressie (α .882)	7,23 (8.06)	4,51 (5.68)	$p < .001$	.34
Angst (α .819)	3,76 (5.94)	2,23 (4.32)	$p < .001$	.26
Stress (α .891)	12,39 (8.81)	8,06 (6.74)	$p < .001$	.49
RQI (α .973)	33.50 (7.84)	34.54 (7.48)	$p < .001$	.13

Tabel 2. Effecten

Op alle schalen is een significant effect te zien. Zowel in afname van probleemgedrag, verbetering van opvoedvaardigheden 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). De grootste effectgroottes worden gevonden op de verbetering van opvoedstijlen. 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 gecontroleerd. Het verdient aanbeveling om in toekomstig onderzoek te monitoren in hoeverre de effecten daadwerkelijk aan de cursus 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 beoordeelt. Gekeken is of het percentage ouders met een klinische score op de nameting lager is dan op de voormeting.

	Afkappunt	Voormeting	Nameting	Significant
<i>Primaire uitkomsten</i>				
		%	%	<i>p</i>
SDQ				
Emotionele problemen	5 ≥	33%	24%	<i>p</i> < .01
Gedragsproblemen	4 ≥	55%	35%	<i>p</i> < .001
Hyperactiviteit	7 ≥	39%	29%	<i>p</i> < .01
Omgang leeftijdgenoten	4 ≥	36%	28%	<i>p</i> < .01
Totale score	17 ≥	46%	25%	<i>p</i> < .001
Pro-sociaal gedrag	≤ 4	18%	10%	<i>p</i> < .001
ECBI				
Probleemschaal	15 ≥	35%	18%	<i>p</i> < .001
Intensiteit	131 ≥	56%	32%	<i>p</i> < .001
<i>Secundaire uitkomsten</i>				
PS				
Permissiviteit	3.2 ≥	42%	24%	<i>p</i> < .001
Over-reactief	3.1 ≥	57%	28%	<i>p</i> < .001
Totale score	3.2 ≥	53%	20%	<i>p</i> < .001
PPC				
	5 >	53%	22%	<i>p</i> < .001
CBQ				
	5.2 > / moeder 6.2 > / vader	82%	57%	<i>p</i> < .001
<i>Tertiaire uitkomsten</i>				
DASS				
Depressie	10 ≥	33%	18%	<i>p</i> < .001
Angst	8 ≥	20%	8%	<i>p</i> < .001
Stress	15 ≥	35%	12%	<i>p</i> < .001
RQI				
	< 30	29%	25%	N.S.

Tabel 3. Klinische effecten

Op alle vragenlijsten is het percentage klinische gevallen significant gedaald, met uitzondering van de Relationship Quality Index. Ook nu zijn de grootste effecten zichtbaar op de opvoedvaardigheden.

2.2.2 Effectiviteit naar kenmerken

Zoals beschreven in hoofdstuk 2 is het niet efficiënt om iemand een cursus 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 een bepaalde leeftijdsgroep. 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 SDQ. We hebben deze vragen ook bekeken voor een verbetering op de CBQ, waarbij baat derhalve is gedefinieerd als een afname van opvoedproblemen.

We hebben de volgende variabelen meegenomen en gekeken of er tussen deze twee groepen verschillen waren te zien in de effectgrootte d op de SDQ en de CBQ:

Naam variabele	Groepen
SDQ score	klinisch op voormeting vs. niet klinisch op voormeting
ECBI probleemschaal	klinisch op voormeting vs. niet klinisch op voormeting
CBQ score	klinisch op voormeting vs. niet klinisch op voormeting
Aanwezigheid	4 of 5 bijeenkomsten vs. aanwezigheid 3 bijeenkomsten of minder
Geslacht kind	jongens vs. meisjes
Geslacht ouder	vaders vs. moeders
Opleidingsniveau	Voortgezet Algemeen Onderwijs en hoger vs. Middelbaar Beroeps Onderwijs en lager

Tabel 4. Variabelen voor doelgroepanalyse SDQ en CBQ

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 cursus is dus zowel geschikt voor vaders en moeders, ouders van jongens of meisjes en laag- en hoogopgeleide ouders. Allen profiteren evenveel van de cursus. Het is dus niet nodig om deze factoren mee te wegen tijdens de intake. Wel zien we dat ouders die 4 of 5 keer aanwezig zijn geweest meer profiteren van de cursus dan ouders die 3 keer of minder aanwezig zijn geweest.

	Aanwezigheid	N	Effectgrootte d
CBQ	3 bijeenkomsten of minder	48	,4975
	4 of 5 bijeenkomsten	148	,7172

Tabel 5. Aanwezigheid bijeenkomsten en effectgroottes

Een andere factor die gerelateerd is aan de grootte van het effect is de klinische score op de SDQ op de voormeting. Wanneer een tiener in het klinische gebied scoort op de voormeting, zijn de effecten groter op de nameting. Bij deze kinderen gaat de SDQ er significant meer op vooruit dan bij tieners die op de voormeting niet binnen het klinische gebied vallen.

	SDQ op voormeting	N	Effectgrootte d
SDQ	Klinisch	105	,1535
	Niet klinisch	91	,6459

Tabel 6. SDQ op voormeting (klinisch / niet klinisch) en effectgroottes op de SDQ

Ook voor de CBQ is dat het geval. Ouders die in de klinische score vallen, hebben meer baat op dit punt dan ouders die hier niet binnen vallen.

	CBQ op voormeting	N	Effectgrootte d
CBQ	Klinisch	36	,0046
	Niet klinisch	160	,8117

Tabel 7. CBQ op voormeting (klinisch / niet klinisch) en effectgroottes op de CBQ

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 tiener binnen het klinische gebied scoort op de voormeting. Indien een tiener op een bepaalde maat al redelijk scoort, zal de vooruitgang derhalve waarschijnlijk ook minder zijn. Echter kan niet de conclusie worden getrokken dat de cursus voor ouders van tieners met een SDQ 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 CBQ 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 23 ouders op de voormeting zowel niet klinisch op de SDQ alsmede op de CBQ. De gemiddelde effectgrootte is bij deze ouders voor beide lijsten zeer klein. De bevestigt ons vermoeden dat de cursus voor deze specifieke groep niet werkzaam lijkt.

	SDQ	CBQ
Ouders	23	23
Effectgrootte d	,0365	,0803

Tabel 8. Effectgrootte op SDQ en CBQ indien SDQ en CBQ op voormeting niet klinisch is

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. Tevens adviseren we om ouders van kinderen die zowel op de SDQ als op de CBQ niet binnen het klinische gebied vallen een lichtere of andere interventie aan te bieden.

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 145 ouders. Dat zijn nagenoeg alle ouders die de nameting hebben ingevuld. De vragenlijst bestond uit 13 vragen met een zevenpuntsschaal. Voorbeelden van vragen zijn:

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

Figuur 2. Voorbeeldvraag CBQ

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

Figuur 3. Voorbeeldvraag CBQ

Ervaring van de onderzoekers heeft geleerd dat waarderinglijsten over het algemeen redelijk positief worden ingevuld. Uiterst "negatieve" scores worden niet vaak gescoord. In deze pilot ligt dat echter iets anders. Hoewel de overall beoordeling van de Triple P voor tieners cursus positief is, is het opvallend dat er regelmatig negatief tot zeer negatief wordt 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.

Met name de mate waarin aan de behoefte van de ouders en het kind is voldaan roept vragen op. Bood Triple P onvoldoende hulp of was er meer andersoortige hulp nodig (die geen onderdeel is van Triple P)? Ook de mate waarin de relatie met de partner is verbeterd scoort niet hoog. (Echter is dit geen primair doel van Triple P en kunnen verbeteringen hierop om meerdere redenen uitblijven.) Geadviseerd wordt daarom om in de voorbereiding naar een RCT zicht te krijgen op de behoeftes van ouders en de redenen waarom Triple P hier niet voor alle ouders in voorziet.

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.

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?	5.23	15%
2. Kreeg u de hulp die u nodig had op dat moment?	5.18	20%
3. In welke mate kwam de Triple P aanpak tegemoet aan de behoeften van uw kind?	4.65	37%
4. In welke mate kwam de Triple P aanpak tegemoet aan uw eigen behoeften?	4.85	32%
5. Hoe tevreden bent u met de hoeveelheid hulp voor u en uw kind?	5.08	24%
6. Heeft de Triple P aanpak er toe bijgedragen dat u beter kunt omgaan met het gedrag van uw kind?	5.73	9%
7. Heeft de Triple P aanpak er toe bijgedragen dat u beter kunt omgaan met de problemen die zich in uw gezin voordeden?	5.62	9%
8. Denkt u dat de relatie met uw partner door de Triple P aanpak is verbeterd?	4.66	42%
9. Over het algemeen genomen, hoe tevreden bent u met de hulp die u en uw kind hebben ontvangen?	5.34	15%
10. Als u opnieuw hulp nodig heeft, zou u dan weer gebruik willen maken van Triple P?	4.95	30%
11. Heeft de Triple P aanpak u geholpen om vaardigheden te ontwikkelen die u ook kunt toepassen bij andere gezinsleden?	5.46	17%
12. Hoe beoordeelt u op dit moment het gedrag van uw kind?	5.36	14%
13. Wat zijn op dit moment uw gevoelens over de vorderingen van uw kind?	5.15	23%

Tabel 9. Cliëntwaardering.

2.3 Conclusie

Ouders die deelnemen aan Triple P voor tieners rapporteren een significante afname in (klinisch) probleemgedrag van kinderen, een significante toename van effectieve opvoedstrategieën 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) Verbeterd het probleemgedrag van het kind? Ja.
- 2) Verbeteren de opvoedvaardigheden van de ouders? Ja.
- 3) Verbeterd het welzijn van ouders? Ja.

Ook op de vierde deelvraag kan een antwoord geformuleerd worden.

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

Ouders die minimaal 4 van de 5 groepsbijeenkomsten aanwezig zijn geweest profiteren significant meer dan ouders die 3 of minder bijeenkomsten aanwezig zijn geweest.

Ouders van kinderen die op de SDQ 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 scoort.

Ouders die op de CBQ in het klinische gebied scoren op de voormeting rapporteren een grotere vooruitgang in de opvoedvaardigheden dan ouders die op de voormeting niet in het klinische gebied van de CBQ scoren.

Ouders die op de voormeting zowel op de SDQ als de CBQ niet in het klinische gebied scoren lijken geen baat te hebben bij de cursus. Geadviseerd wordt om de volgende inclusiecriteria voor de cursus te nemen: een ouder (kind) heeft minimaal een klinische score op de SDQ totaalscore of de CBQ. Ouders die hier niet aan voldoen zou geadviseerd kunnen worden een niveau 3 interventie te volgen. Uiteraard kan de professional ervoor kiezen om hier op basis van zijn vakkundigheid -beredeneerd- van af te wijken.

Tenslotte kunnen we ook antwoord geven op de vijfde deelvraag.

- 5) Hoe waarden de ouders de cursus?

De cursus heeft een aantrekkingskracht op zowel moeders als vaders, alsmede ouders van jongens als meisjes.

Een relevant deel van de ouders die zich aanmeldt voor de cursus, volgt deze uiteindelijk niet. De redenen hiervoor zijn in deze pilot niet onderzocht, maar lijken niet gerelateerd te zijn aan de interventie. Het wordt aanbevolen om ongeveer 25% meer ouders te werven per cursus dan er plaatsen beschikbaar zijn.

Over het algemeen zijn ouders positief over de cursus en de Triple P aanpak. Er is echter een groep ouders waarbij Triple P niet volledig voorziet in de behoeftes van ouders. Het verdient aanbeveling om de redenen hiervoor nader te onderzoeken.

3 Resultaten implementatiestudie

3.1 Professionals en instellingen

In totaal zijn er tijdens de twee trainingen 38 professionals opgeleid die werkzaam zijn bij elf instellingen. Deze betroffen zowel jeugdzorg, jeugd GGZ als opvoedsteunpunten verspreid over het zuiden en westen van het land. Gedurende de pilot heeft één organisatie (twee professionals) zich volledig teruggetrokken. De reden had geen verband met de interventie. Eén organisatie heeft slechts één van de zeven geplande trainingen uitgevoerd. Dit had te maken met een herindeling van taken en functies, waardoor de trainingen niet meer binnen het takenpakket pasten. De overige professionals hebben ieder één of meerdere cursussen uitgevoerd met een totaal van 34 cursussen. Er waren ook enkele coördinatoren opgeleid die geen cursus hebben gegeven.

De 25 getrainde professionals zijn gemiddeld 41 jaar oud (25 jaar – 59 jaar). Er waren vijf mannelijke en twintig vrouwelijk professionals. De meeste professionals gaven al geruime tijd opvoedingsondersteuning zoals onderstaande tabel laat zien.

Hoe lang geeft u al opvoedingsondersteuning aan ouders?	Frequentie	Percentage
nu voor het eerst	1	4,0
< 1 jaar	1	4,0
tussen 1-3 jaar	6	24,0
tussen 4-6 jaar	7	28,0
meer dan 7 jaar	10	40,0
Total	25	100,0

Tabel 10. Aantal jaren ervaring

3.2 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 Triple P voor tieners materialen voor ouders zijn gebruiksvriendelijk."
- 2) **Kenmerken van de organisatie:** 12 vragen over de ondersteuning vanuit de organisatie waarvoor de professional werkt. Voorbeeldvraag: "Triple P voor tieners 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 Triple P voor tieners training heb geleerd."

3.2.1 Kenmerken van de interventie

De professionals vinden dat de cursus goed aansluit bij de behoeften van de ouders. Het werkboek voor de ouders wordt door 88% van de respondenten als gebruiksvriendelijk beoordeeld. Enkeligen gebruiken aanvullende materialen, maar het overgrote merendeel houdt het bij het werkboek, de DVD en de powerpointpresentatie.

Over het algemeen wordt de cursus uitgevoerd zoals in de handleiding beschreven staat en wordt de handleiding als gebruiksvriendelijk beoordeeld. Echter geeft ook een groot deel aan dat het lastig is om exact de handleiding te volgen. Tijdens de bijeenkomsten met de professionals werd aangegeven dat dit met name met het volle programma te maken heeft. Het is volgens de professionals lastig om alle onderdelen binnen de gestelde tijd uit te voeren. Enkeligen hebben daarom de bijeenkomsten reeds verlengd of er een extra bijeenkomst aan toegevoegd. Er bestaat behoefte bij de professionals om het aantal groepsbijeenkomsten structureel uit te breiden van vijf naar zes.

Hoewel de train-de-trainer de professionals over het algemeen voldoende voorbereiding gaf voor de praktijk, geeft ongeveer de helft van de respondenten aan dat ze voorafgaand aan de eerste training meer tijd hadden willen hebben om te oefenen. Dit is een aandachtspunt voor toekomstige professionals.

3.2.2 Kenmerken van de organisatie

Triple P en opvoedingsondersteuning in het algemeen past bij het overgrote merendeel van de instellingen bij het instellingsbeleid. Men voelt zich over het algemeen gesteund door collega's en leidinggevenden bij de uitvoer van Triple P.

Echter lijken er op randvoorwaardelijk gebied nog verbeteringen mogelijk. Ongeveer 1/3 geeft aan onvoldoende tijd te ontvangen voor de uitvoering van de cursus en een even groot deel geeft aan dat ze zich afvragen of de leidinggevende op de hoogte is van wat de professional doet in het kader van Triple P. Tevens zijn er enkele onvoldoendes gescoord bij de overall beoordeling van de kenmerken van de organisatie in relatie tot de ondersteuning van de professional van Triple P.

Tijdens de afsluitende bijeenkomsten gaven professionals aan dat het wenselijk zou zijn als er ook vanuit de landelijke organisaties contact is met leidinggevenden rondom Triple P. De professionals geven aan dat dit ondersteunend kan zijn om Triple P intern te borgen en bewustwording van het programma bij de leidinggevenden te bewerkstelligen.

3.2.3 Persoonlijke kenmerken

Bijna alle professionals geven aan (erg) betrokken te zijn bij de invoering van Triple P in hun organisatie en geloven in de methodiek. Ze vinden dat ze de methode goed hebben eigen gemaakt en kunnen deze goed toepassen en uitleggen aan anderen. Opvallend is dat ongeveer 1/3 aangeeft wel wat meer vertrouwen te willen hebben in de wijze waarop ze Triple P voor tieners uitvoeren. Navraag zou informatie kunnen geven over de achterliggende redenen.

3.3 *Intervisie, coördinatorenbijeenkomst, afsluitende bijeenkomst*

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

- *Aantal groepsessies*

Het aantal groepsessies (5) wordt door de meeste professionals als te weinig ervaren. Er bestaat behoefte aan een extra bijeenkomst om de vaardigheden te oefenen en de ervaringen van ouders te delen.

- *Organisatie interventie*

De organisatie van de interventiebijeenkomsten verliep niet altijd even soepel. Het kostte veel energie om de bijeenkomsten georganiseerd te krijgen. Oorzaken hiervan zijn de vele vaste afspraken die de professionals reeds lang van tevoren hebben, wat het lastig maakt een moment te vinden waarop iedereen kan. Tevens volgden professionals voor andere Triple P varianten ook al interventie. Dit maakte voor sommige het belang van de bijeenkomsten minder groot.

Uiteindelijk hebben 17 van de 25 professionals minimaal 1 interventiebijeenkomst gevolgd. Diegene die de interventiebijeenkomst hebben gevolgd vinden het een duidelijke meerwaarde hebben (82%) en een goed instrument om de problemen die ze tijdens de uitvoering tegenkomen te bespreken. Gemiddeld worden de bijeenkomsten met een rapportcijfer 8,2 gewaardeerd.

- *Folder*

Er bestaat behoefte aan een eenduidige folder van de cursus. Bij voorkeur laat deze folder ruimte om instellingsgegevens en cursusdata toe te voegen.

- *Implementatie*

De professionals hebben aangegeven grote behoefte te hebben aan landelijke implementatie van de cursus en bij voorkeur niet te willen wachten op de afronding van een RCT.

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 de studie. Ook de ervaringen gedurende de pilot vormen een relevante bron van informatie. Hieronder zal beknopt worden ingegaan op de belangrijkste bevindingen.

- *Onderdeel van Triple P*

Het feit dat de oudercursus 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. Deze zijn binnen zeer korte tijd en met relatief lichte inspanningen geworven. Ook de uitvoer van de cursussen en de samenwerking met deze organisaties verliep zonder noemenswaardige problemen.

- *Waardering Nederlands Jeugdinstituut en Trimbos-instituut*

Ook de ervaring die het Nederlands Jeugdinstituut reeds heeft met de implementatie van Triple P heeft ervoor gezorgd dat de proefimplementatie succesvol is verlopen. Vragen van professionals konden door de ervaring van het Nederlands Jeugdinstituut adequaat worden behandeld en er deden zich gedurende de proefimplementatie geen onoplosbare problemen voor.

De ervaring van het Nederlands Jeugdinstituut en het Trimbos-instituut met het Triple P programma werd door de professionals als positief ervaren. De vraag of de professional tevreden is met de samenwerking met het Trimbos-instituut respectievelijk het Nederlands Jeugdinstituut werd door 92% respectievelijk 84% van de respondenten beantwoord met "mee eens".

3.5 Conclusie

De implementatie van Triple P voor tieners is zeer voorspoedig verlopen. De train-de-trainer en materialen lijken voldoende op orde om de cursus succesvol te laten verlopen. De vraag van zowel ouders als professionals naar het programma is groot. Belangrijkste aandachtspunten zijn het "volle programma", de wens om er een extra bijeenkomst aan toe te voegen en de ondersteuning vanuit de instellingen waarvoor de professionals werken.

4 Conclusies en aanbevelingen

Conclusies

Triple P voor tieners heeft in de pilot significant positieve effecten op kindgedrag, opvoedingsvaardigheden en welzijn van ouders laten zien. De implementatie van Triple P voor tieners is succesvol verlopen en er zijn geen grote knelpunten geconstateerd voor landelijke implementatie. Daarmee kunnen de twee geformuleerde hypothesen geaccepteerd worden.

De groepscursus Triple P voor tieners (niveau 4) heeft een positief effect op het probleemgedrag van het kind, de opvoedvaardigheden van ouders en het welzijn van ouders.

De groepscursus Triple P voor tieners (niveau 4) is implementeerbaar.

Aanbeveling

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 Triple P voor tieners in het bijzonder, wordt geadviseerd om in Nederland een RCT en een KEA naar Triple P voor tieners uit te voeren. Deze vormen van onderzoek bieden het beste bewijs voor de (kosten)effectiviteit van de interventie.

Discussie

Binnen de verschillende deelnemers aan deze pilot (Nederlands Jeugdinstituut, uitvoerende instellingen, Trimbos-instituut) is regelmatig de vraag naar voren gekomen of de landelijke implementatie pas kan starten als er een RCT is afgerond. Aan de ene kant is er reeds (inter)nationaal bewijs voor de effectiviteit van Triple P en is er tevens een grote behoefte van beroepskrachten en managers van de jeugdzorg instellingen om de groepscursus in Nederland uit te voeren. Aan de andere kant ontbreekt het ultieme bewijs voor effectiviteit (een RCT in Nederland) nog. Aangezien financiering hiervoor momenteel nog niet beschikbaar is, zal het nog minstens 4 jaar duren alvorens dit bewijs geleverd kan worden. De vraag is of de praktijk hierop dient te wachten? Het is aan het Nederlands Jeugdinstituut hierin een weloverwogen beslissing te nemen. Maar hoe kan die beslissing het beste tot stand komen?

In the European Journal of Public Health geven Cuijpers, De Graaf en Bohlmeijer een suggestie voor dit vraagstuk. Auteurs pleiten niet a priori voor één van de twee opties (reeds implementeren vs. een RCT afwachten), maar adviseren middels een expertmeeting een weloverwogen keuze te maken en diverse overwegingen hierin mee te nemen. De expertgroep dient bij voorkeur te bestaan uit praktijkmedewerkers, onderzoekers en beleidsmakers. Overwegingen betreffen onder andere de mogelijkheden tot landelijke implementatie, de mate van bewijs voor effectiviteit en de aanwezigheid van vergelijkbare interventies.

Literatuur

Arnold, D.S., S.G. O'Leary, L.S. Wolff, & M.M. Acker (1993). The Parenting Scale: a Measure of Dysfunctional Parenting in Discipline Situations. *Psychological Assessment*, 5, p140.

Blokland, G., Kok, C., Prinsen, B van Wijngaarden, J. (2002). *De jeugd heeft de toekomst, opvoedingsondersteuning en de preventie van psychosociale problematiek bij jeugdigen*. NIZW / GGD Nederland, Utrecht.

Burger, H. *Epidemiologie van psychische problemen en gedragsproblemen in Nederland* (2001). Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. Jrg 79, nr. 8, p 513 - 519. 2001.

Cuijpers, P., De Graaf, I., & Bohlmeijer, E. (2005). Adapting and disseminating effective public health interventions in another country: towards a systematic approach. *European Journal of Public Health*, 15(2), 166-169.

Dorselaer, van S., Zeijl, E., Eeckhout, van den, S., Bogt, ter, T. & Vollebergh, W. (2007). *HBSC 2005 Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut

Ellerbrock, E., K. Kühne & K. Hahlweg (2008). Erste effektivitätsprüfung des Triple P Teen Programms in Deutschland. Presentation at Helping Families Change Conference 2008 in Braunschweig.

Eyberg, S., & D. Pincus (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory & Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory - Revised*. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Goodman, R. (1999). The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40,791-801.

Lipsey, M.W. & D. Wilson (1993). The Efficacy of Psychological, Educational, and Behavioral Treatment. *American Psychologist*, Vol.48(12), 1181-1209

Lovibond, S.H. & P.F. Lovibond (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (2nd Ed.)*. Sydney, NSW: Psychology Foundation of Australia.

Nederlandse Gezinsraad (2001). *Gezin: Beeld en werkelijkheid*. Signalement 1.

Norton, R. (1983). Measuring marital quality: A critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family*, Vol. 45, No. 1, pp. 141-151

Robin, A.L. & S.L. Foster (1989). *Negotiating parent-adolescent conflict: A behavioral-family systems approach*. New York: Guilford Press.

Sanders, M.R. & M.R. Dadds (1993). *Behavioral Family Intervention*. p80. Copyright: 1993, Allyn and Bacon.

Sanders, M.R. & A. Ralph (2005). *Facilitators manual for Group triple P*. Australia: Families International Publishing.

Stallman, H.M. & A. Ralph (2007). Reducing risk factors for adolescent behavioural and emotional problems: A pilot randomised controlled trial of a self-administered parenting intervention. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, Vol.6(2), 1-13.

