

## Interventie

### Triple P niveau 3

---

## Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 11 februari 2022

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit voor de gehele doelgroep.  
Effectief volgens goede aanwijzingen voor effectiviteit voor de leeftijdsgroep 9 t/m 11 jaar.

De referentie naar dit document is: Kielstra (December 2021).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Triple P niveau 3'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies).

# Inhoud

<b>Inhoud .....</b>	<b>3</b>
<b>Samenvatting .....</b>	<b>4</b>
Doelgroep .....	4
Doel .....	4
Aanpak .....	4
Materiaal .....	4
Onderbouwing .....	4
Onderzoek.....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving.....</b>	<b>6</b>
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel .....	8
1.3 Aanpak .....	8
<b>2. Uitvoering.....</b>	<b>19</b>
<b>3. Onderbouwing .....</b>	<b>25</b>
<b>4. Onderzoek .....</b>	<b>31</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	31
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	36
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen .....</b>	<b>54</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur .....</b>	<b>55</b>

## Samenvatting

Triple P is een multi-level programma voor positief opvoeden met als doel het voorkomen en/of verminderen van ernstige gedrags- en emotionele problemen bij kinderen door de kennis, vaardigheden en het zelfvertrouwen van ouders te verbeteren. Het programma biedt een continuüm van vijf interventieniveaus van toenemende intensiteit waarmee ouders informatie en steun op maat kan worden geboden. Triple P niveau 3 is een gerichte opvoedtraining voor ouders met specifieke opvoedvragen die advies of vaardigheidstraining willen. Het bestaat uit een versie voor ouders van kinderen tot 12 jaar en een versie voor ouder van tieners. Daarnaast zijn er twee aanbiedingsvormen: individueel aanbod en workshops (groepsaanbod).

### Doelgroep

Triple P niveau 3 richt zich op kinderen (0 tot 18 jaar) met enkelvoudig probleemgedrag, dat niet langer dan 6 maanden bestaan en dat niet verder worden gecompliceerd door gediagnosticeerde stoornissen of een disfunctionele gezinssituatie.

### Doel

De competentie en het zelfvertrouwen van ouders bij het opvoeden van kinderen vergroten om gedrags- en emotionele problemen bij kinderen en jongeren te voorkomen, te verhelpen of te verminderen.

### Aanpak

Triple P niveau 3 is een korte interventie (ongeveer 80 minuten verdeeld over vier sessies, of workshops van 2 uur) die ouders helpt een gerichte opvoedaanpak te ontwikkelen om met enkelvoudig probleemgedrag of vaardigheidstekort om te gaan (bijvoorbeeld slaapproblemen, driftbuien, ruziemaken, boodschappen doen, alleen leren eten, zindelijk worden, 's nachts in bed blijven).

### Materiaal

Voor ouders zijn er tipsheets, waarin de meest voorkomende problemen en suggesties voor de aanpak hiervan beschreven staan. Bij de workshops krijgen ouders een werkboek. Aan het einde van de interventie hebben ze op papier een persoonlijk opvoedplan gemaakt. Voor professionals zijn er handboeken, sessiepresentaties en een tafelflipover.

### Onderbouwing

Triple P niveau 3 heeft tot doel de beschermende gezinsfactoren te versterken en de risicofactoren die gerelateerd zijn aan ernstige emotionele en gedragsproblemen te verminderen.

Hoewel verschillende oorzaken bijdragen aan de ontwikkeling van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen zijn alledaagse gezinsinteracties en de manier waarop ouders reageren op het gedrag van kinderen een belangrijke factor als het gaat om een toename of instandhouding van deze problemen (Beauchaine, Webster-Stratton & Reid, 2005; Aunola & Nurmi, 2005; Gardner, Hutchings & Bywater, 2010). Om die reden richt de interventie zich op het versterken van de kennis over positief opvoeden, de opvoedvaardigheden en het zelfvertrouwen van ouders in hun rol als opvoeder. Ouders worden getraind in de toepassing van positieve opvoedstrategieën voor het omgaan met veel voorkomende problemen en gedragsmoeilijkheden. Daarnaast wordt een meer daadkrachtige en consistente aanpak van ongewenst gedrag gestimuleerd door samenwerking tussen partners te bevorderen en de toepassing van strategieën voor disciplineren die niet schadelijk zijn voor kinderen.

## Onderzoek

In Nederlands onderzoek waarbij Triple P niveau 3 vergeleken wordt met reguliere zorg worden significante afnames van emotionele en gedragsproblemen van kinderen gevonden, nadat ouders een Triple P niveau 3 interventie hebben gedaan. Tevens wordt een significante verbetering in opvoedstijl en totale opvoedcompetentie gevonden (De Graaf, I., et al (2009). Bij een effectmeting van Triple P niveau 3 tieners wordt bovendien een significante afname van middelengebruik gevonden (De Graaf, I., et al, 2011).

Bij complexe doelgroepen, zoals ouders van kinderen die op de neonatale intensive care hebben gelegen, wordt in een randomized controlled trial ook een significante afname gevonden van de emotionele en gedragsproblemen. Hierbij wordt echter geen verschil gevonden met de controlegroep, welke ook een significante afname van deze problemen had (Schappin, R., et al, 2013). In een randomized controlled trial in de jeugdgezondheidszorg waarbij Triple P Eerstelijns met reguliere zorg vergeleken wordt, is een significante grotere afname van gedragsproblemen van kinderen in de Triple P Eerstelijns groep gevonden. Ook verbeterde de opvoedingsstijl van ouders significant meer dan de ouders die reguliere zorg kregen (Spijkers, W., et al, 2013).

In internationaal onderzoek wordt in randomized clinical trials van de Triple P Workshops significante effecten gevonden op gedragsproblemen van kinderen, waarbij de ouders die Triple P Workshops hebben gevolgd significant minder problemen ervaren (Chung, S., et al, 2015). Ouders waren ook significant minder geneigd om disfunctionele opvoedstijlen te gebruiken en voelden zich zekerder om met bepaald gedrag om te gaan in vergelijking met de controlegroep. Tevens gaven de ouders aan een significant verbeterde relatie te hebben met hun partner (Morawska, A., et al 2011). Tot slot werd ook gevonden dat ouders significant minder ineffektieve opvoedstrategieën gebruikten en significant meer vertrouwen hadden in het omgaan met het probleemgedrag van hun kinderen (Joachim, S., et al 2010).

# 1. Uitgebreide beschrijving

## 1.1 Doelgroep

### Uiteindelijke doelgroep

Triple P niveau 3 richt zich op kinderen (0 tot 18 jaar) met enkelvoudig probleemgedrag dat niet langer dan 6 maanden bestaan en dat niet verder worden gecompliceerd door gediagnosticeerde stoornissen of een disfunctionele gezinssituatie.

### Intermediaire doelgroep

De intermediaire doelgroep bestaat uit ouders met een enkelvoudig opvoedprobleem die behoefte hebben aan gericht advies of actieve vaardigheidstraining.

### Selectie van doelgroepen

In een intakeprocedure (uit te voeren door de organisatie die de interventie aanbiedt) wordt bepaald of Triple P niveau 3 past bij de door jeugdigen en ouders ervaren problemen en behoeften. Deze procedure omvat:

- een gesprek met de ouder(s) en zo mogelijk de jeugdige zelf (tienerversie); eventueel aangevuld met informatie van een leerkracht of verwijzende instantie;
- door ouders in te vullen zelfrapportage vragenlijsten;
- een gezinsobservatie (optioneel)

Met behulp van deze informatie bepalen de professional en ouder samen wat de oorzaken zijn van het probleemgedrag van het kind. Met behulp hiervan worden de gezinsspecifieke doelen van de interventie bepaald.

### Indicaties:

De ouder wil graag informatie over hoe om te gaan met lastig gedrag van het kind en/of een specifiek opvoedprobleem.

Het probleemgedrag is redelijk enkelvoudig.

- De ouder ervaart het probleemgedrag als mild tot matig ernstig.
- Het probleemgedrag is recent ontstaan (in de afgelopen 6 maanden).
- Het gezin heeft hogere interventieniveaus succesvol afgesloten en heeft steun nodig als onderhoudsprogramma.

Deze criteria gelden zowel voor het individuele aanbod als voor de workshops. Indicatie-criteria bieden houvast, maar niet aan alle indicatie criteria hoeft te worden voldaan. Het is aan de professional om per situatie en in overleg met ouders een zorgvuldige afweging te maken of Triple P niveau 3 een passend aanbod is voor het gezin en of het individuele of de workshops het meest passend zijn, dit is afhankelijk van de wensen van de ouder, de aard van het probleemgedrag van het kind en de inschatting en mogelijkheden van de professional voor het aanbieden van de workshops dan wel het individuele aanbod. Triple P onderscheidt zich van veel andere interventies door de ouder zoveel mogelijk de regie te geven.

Dit betekent dat de ouder samen met de professional de beslissing maakt om deel te nemen aan de Triple P niveau 3 interventie, ook als het gezin niet volledig voldoet aan de inclusie-criteria.

Het is mogelijk dat de interventie hierdoor minder effectief is, dit wordt van tevoren duidelijk gemaakt aan de ouder, maar als de ouder dan toch besluit de interventie te volgen, dan wordt deze aangeboden. Zo kan het voorkomen dat ouders met relatieproblemen een Triple P niveau 3 interventie volgen voor de slaapproblemen van hun kind. De relatieproblematiek kan een belemmerende factor zijn voor de effectiviteit van de interventie, maar als ouders van mening zijn dat het hen in ieder geval handvatten biedt, dan krijgen zij deze lichte interventie. Na deze interventie kan altijd nog verwezen worden naar andere hulp.

Als de professional inschat dat het probleem te groot is dan wordt met ouder overlegd om een zwaardere interventie in te zetten.

Vanuit preventie perspectief is het van belang dat zoveel mogelijk ouders informatie over opvoeding krijgen en dat het vragen om hulp en ondersteuning genormaliseerd wordt. Daarom mag iedere ouder met interesse in opvoedvaardigheden deelnemen aan de interventie.

### **Contra-indicaties**

- De ouders en/of het kind hebben last van ernstige psychische klachten
- Het kind voldoet aan de klinische criteria voor de diagnose van een ernstige ontwikkelingsstoornis (zoals autisme) of een ernstige gedragsstoornis (zoals een ernstige oppositionele stoornis).
- Het gezinsleven is relatief instabiel (de ouders zijn bijvoorbeeld uit elkaar aan het gaan of aan het scheiden).

### **Betrokkenheid doelgroep**

De input van gebruikers op de inhoud en uitvoering van Triple P interventies is een wezenlijk onderdeel van het ontwikkeltraject en de implementatie van het programma (Sanders & Kirby, 2012). De ideeën en strategieën voor positief opvoeden zijn het resultaat van de ervaringen en feedback van ouders die in de ontwikkelfase hebben deelgenomen aan de behandelprogramma's en het daaraan gekoppelde onderzoek. De feedback van gebruikers wordt meegenomen bij de doorontwikkeling van de interventie. Elke Triple P interventie wordt in één of meer pilots getest bij de doelgroep ouders en kinderen en alleen bij voldoende resultaat voor implementatie vrijgegeven. Het geven van feedback op de interventie is een vast onderdeel gebleven, na elke interventie wordt door de professional de clienttevredenheidsvragenlijst (Client Satisfaction Questionnaire) afgenomen aan de hand waarvan de professional zijn of haar klinisch handelen kan aanpassen.

De internationale verspreiding van het Triple P programma gaat gepaard met onderzoek zoals RCT's, explorerende studies of focusgroepen naar de culturele acceptatie en relevantie van de basisprincipes en opvoedstrategieën voor positief opvoeden en de toepasbaarheid van de programmamaterialen en aanbiedingsvormen bij verschillende doelgroepen en in verschillende landen. Deze studies laten zien dat een brede groep ouders en professionals het programma bruikbaar en toepasbaar vinden in hun situatie (Morawska, Sanders, M.R., et al., 2011). Bij lokale implementatie worden alle materialen vertaald en aangepast aan de lokale situatie qua taalgebruik en 'tone of voice'. Publicaties over de invoering van Triple P interventies in verschillende landen zijn te vinden in de Triple P database (<https://pfsc-evidence.psy.uq.edu.au/>).

Triple P Workshops is een mooi voorbeeld van het aanpassen van de interventie naar aanleiding van de feedback van ouders en professionals. Professionals wilden de mogelijkheid om een korte workshop te geven waarin aandacht besteed werd aan veelvoorkomende gedragsproblemen van kinderen. Zij gebruikten de Tipsheets, die onderdeel waren van Triple P niveau 3 Eerstelijns, als basis voor de workshops. Triple P heeft hiernaar geluisterd en een programma ontwikkeld en dit getest. Triple P Workshops richt zich op een specifiek gedragsprobleem in een eenmalige kleine groep en biedt een snelle opvoedinterventie, die meer kosteneffectief is dan het individuele programma. Het is aangepast aan de manier waarop de professionals de interventies in de praktijk aanbieden. De uitkomsten van het onderzoek waren positief en het programma werd wereldwijd gelanceerd als Triple P Workshops.

## 1.2 Doel

### Hoofddoel

De competentie en het zelfvertrouwen van ouders bij het opvoeden van kinderen vergroten om gedrags- en emotionele problemen bij kinderen en jongeren te voorkomen, te verhelpen of te verminderen.

### Subdoelen

- Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;
- Gebruik van dwingende en straffende manieren van disciplineren verminderen;
- Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren;
- Stress van de ouders bij het opvoeden te verminderen.

De subdoelen gelden zowel voor het individuele aanbod als voor de workshops. Het eerste subdoel geldt voor alle gezinnen, de overige subdoelen zijn gezinsafhankelijk. Het bereiken van de hierboven geformuleerde doelen valt o.a. te meten door monitoring van het doelgedrag van kind en ouder met behulp van registratieformulieren waarop de ouder het gedrag van zichzelf en het kind bijhoudt. Het wordt ook gemeten door middel van de scores op de postinterventie vragenlijsten aangevuld met een cliënttevredenheidsvragenlijst, dit zijn gevalideerde lijsten.

## 1.3 Aanpak

### Opzet van de interventie

Triple P niveau 3 is onderdeel van een multi-level systeem van interventies gericht op het bevorderen van positieve ouder-kind interacties en een prosociale ontwikkeling van kinderen binnen een veilige en stimulerende opvoedingsomgeving.

Triple P niveau 3 is een korte interventie (ongeveer 80 minuten verdeeld over vier sessies, of workshops van 2 uur) die ouders helpt een gerichte opvoedaanpak te ontwikkelen om met een enkelvoudig gedragsprobleem of vaardigheidstekort om te gaan (bijvoorbeeld huilen bij babies, slaappatronen babies, delen bij peuters, driftbuien, ruziemaken, boodschappen doen, alleen leren eten, zindelijk worden, 's nachts in bed blijven). Niveau 3 heeft een versie voor ouders van jongere kinderen (0-12 jaar) en ouders van tieners (12-16 jaar). Om aan uiteenlopende behoeften van ouders tegemoet te komen zijn er verschillende aanbiedingsvormen: een individueel begeleidingstraject en workshops met andere ouders. Beide vormen bestaan uit een combinatie van advies met oefeningen en zelfevaluatie.

### Training cursusleiders

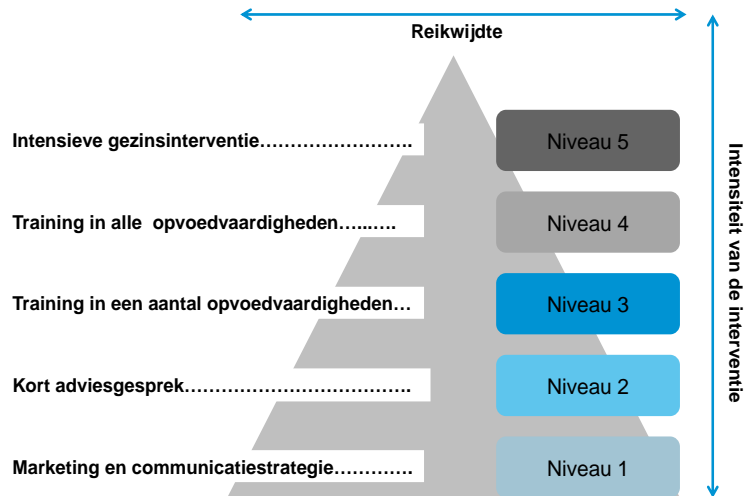
Professionals moeten een training en accreditatie hebben voltooid voordat ze de interventie uit kunnen voeren.

### Werving/toeleiding

Over het algemeen worden jeugdverpleegkundigen, wijkteammedewerkers, pedagogen en overige eerstelijns werkers getraind om Triple P Niveau 3 uit te voeren. Er vindt dus geen aparte werving plaats voor het programma, ouders komen in contact met de professionals.



## Triple P interventiemodel



Triple P niveau 3 omvat:

- Niveau 3 Niveau 3 0 – 12 jaar: individueel aanbod voor ouders van jonge kinderen – 4 gesprekken
- Niveau 3 Niveau 3 Tieners: individueel aanbod voor ouders van tieners – 4 gesprekken
- Niveau 3 Workshops 0 – 12 jaar: 4 verschillende workshops van ongeveer 2 uur voor ouders van jonge kinderen
- Niveau 3 Workshops Tieners: 4 verschillende workshops van ongeveer 2 uur voor ouders van tieners

### Inhoud van de interventie

Ouders krijgen bij deelname aan Triple P Niveau 3 specifiek ontwikkelings- en opvoedadvies om de ontwikkeling van hun kind te optimaliseren. Het programma is geschikt voor ouders met kinderen tot 18 jaar. Het individuele aanbod bestaat uit vier sessies van 15-30 minuten die door verschillende organisaties aangeboden kunnen worden. De workshops bestaan uit 1 sessie van 2 uur waarin een veelvoorkomend gedragsprobleem of lastig gedrag van kinderen behandeld wordt.

Beide ouders (indien van toepassing) worden gestimuleerd om deel te nemen.

In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van de verschillende strategieën die aan ouders geleerd worden om enkelvoudig probleemgedrag bij kinderen te voorkomen en op te lossen. In de tipsheets en de werkboekjes van de workshops wordt een selectie van een aantal strategieën gemaakt, ouders kunnen uit deze selectie de strategieën kiezen die het best bij hen passen. Dit zijn altijd strategieën uit elke categorie (goede relaties met kinderen ontwikkelen, goed gedrag stimuleren, nieuwe vaardigheden en gedrag aanleren en omgaan met ongewenst gedrag). Ouders worden gestimuleerd om pas strategieën voor het omgaan met ongewenst toe te passen nadat ze strategieën uit de andere categorieën hebben toegepast. Ook krijgen ouders bij de interventie een boekje waarin alle strategieën beschreven staan en/of een film waarin alle strategieën gedemonstreerd worden, ze kunnen dus naast de strategieën uit de tipsheet zelf nog andere strategieën kiezen.

Strategie	Beschrijving	Aanbevolen leeftijd	Toepassingen	Bijdrage aan subdoel
<b>Goede relaties met kinderen ontwikkelen</b>				
Quality time met kinderen doorbrengen	Regelmatig korte momenten besteden aan activiteiten die het kind leuk vindt, terwijl er geen tijdsdruk is.	Alle leeftijden	Kinderen de kans bieden om zich open te stellen en hun gespreksvaardigheden te oefenen, te genieten van contact met volwassenen en een positieve relatie te behouden	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Stress van de ouders bij het opvoeden te verminderen  Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
Praten met kinderen	Korte gesprekken voeren met kinderen over een activiteit of interesse van het kind.	Alle leeftijden	Het bevorderen van de woordenschat, gespreksvaardigheden en sociale vaardigheden. En mogelijkheden stimuleren om meningen te uiten en voor het kind belangrijke zaken te bespreken	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Stress van de ouders bij het opvoeden te verminderen  Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
Affectie tonen	Fysieke affectie tonen.	Alle leeftijden	Biedt kinderen de mogelijkheden om zich op hun gemak te voelen bij intimiteit en fysieke affectie. Het behouden van een goede relatie met het kind.	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Stress van de ouders bij het opvoeden te verminderen  Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
<b>Goed gedrag stimuleren</b>				
Beschrijvend prijzen	Gewenst gedrag stimuleren en waarderen door dat gedrag specifiek te benoemen.	Alle leeftijden	Gewenst gedrag stimuleren (bijv. dingen vriendelijk vragen, anderen helpen, helpen bij huishoudelijke taken enz)	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
Aandacht geven	Positieve non-verbale aandacht geven.	Alle leeftijden	Gewenst gedrag stimuleren (bijv. dingen vriendelijk vragen, anderen helpen, helpen bij huishoudelijke taken enz)	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Stress van de ouders bij het opvoeden te verminderen  Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
Boeiende activiteiten aanbieden	De fysieke en sociale omgeving van het kind	Alle leeftijden	Zelfstandigheid en gewenst gedrag bevorderen in situaties	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags-

Strategie	Beschrijving	Aanbevolen leeftijd	Toepassingen	Bijdrage aan subdoel
	inrichten met interessante en leuke activiteiten, materialen en speelgoed voor de juiste leeftijd. Mogelijkheden bieden om nieuwe sociale en ontspannende activiteiten uit te proberen.		buitenhuis (winkelen, reizen). Nieuwe vaardigheden en interesses ontwikkelen.	of emotionele problemen van hun kind; Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
<b>Nieuwe vaardigheden en gedrag aanleren</b>				
Het goede voorbeeld geven	Gewenst gedrag tonen door dit zelf als ouder voor te doen.	Alle leeftijden	Kinderen laten zien hoe ze zich gepast kunnen gedragen, vooral met betrekking tot persoonlijke interacties.	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
Spontane leermomenten gebruiken	Een serie vragen gebruiken als reactie op door het kind geïnitieerde interactie en zo het leren stimuleren.	1 tot 12 jaar	Taalgebruik, probleemoplossende en cognitieve vermogens en zelfstandig spelen stimuleren.	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
Probleemoplossing begeleiden	Tieners helpen op een opbouwende en effectieve manier met een probleem om te gaan	10 tot 18 jaar	Zelfstandigheid stimuleren, helpen bij moeilijke beslissingen, dilemma's en uitdagingen.	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
Vragen- Vertellen- Doen	Verbale hints of gebaren gebruiken om een kind nieuwe vaardigheden aan te leren	3 tot 12 jaar	Onafhankelijkheid van kinderen bevorderen en nieuwe vaardigheden ontwikkelen	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
Gedragskaarten gebruiken	Een kaart opstellen en sociale aandacht en beloningen bieden bij het vertonen van gewenst gedrag of niet-vertonen van ongewenst gedrag.	2 tot 12 jaar	Gewenst gedrag bij kinderen stimuleren (bijv. huiswerk maken, samen spelen, vriendelijk vragen) evenals het nalaten van ongewenst gedrag (bijv. vloeken, liegen).	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
Gedragscontracten gebruiken	Door onderhandeling tot afspraken komen om een probleem aan te pakken dat onenigheid of spanning veroorzaakt.	10 tot 18 jaar	Een tiener helpen persoonlijke verantwoordelijkheid te ontwikkelen	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren

<b>Strategie</b>	<b>Beschrijving</b>	<b>Aanbevolen leeftijd</b>	<b>Toepassingen</b>	<b>Bijdrage aan subdoel</b>
Een gezinsbespreking houden	Een vaste tijd organiseren waarop gezinsleden samenwerken om doelen voor verandering af te spreken	10 tot 18 jaar	Leren compromissen te sluiten, besluiten te nemen en persoonlijke verantwoordelijkheid te nemen	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Stress van de ouders bij het opvoeden te verminderen  Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
<b>Omgaan met ongewenst gedrag</b>				
Duidelijke basisregels/ huisregels opstellen	Van tevoren onderhandelen over een aantal eerlijke, specifieke en hanteerbare regels.	3 tot 18 jaar	Verwachtingen duidelijk maken en onnodige conflicten vermijden	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Gebruik van dwingende en straffende manieren van disciplineren verminderen;  Stress van de ouders bij het opvoeden te verminderen  Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
Direct aanspreken bij het overtreden van de regels	Bij regelovertredingen een kind het juist gedrag laten benoemen en laten oefenen	3 tot 18 jaar	Incidentele overtredingen corrigeren, of eerste overtredingen nadat een nieuwe regel is vastgesteld.	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Gebruik van dwingende en straffende manieren van disciplineren verminderen;  Stress van de ouders bij het opvoeden te verminderen  Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
Een kalm en duidelijk verzoek doen	Een specifieke opdracht geven om een nieuwe taak te beginnen, of te stoppen met ongewenst gedrag en zeggen welk alternatief gedrag moet worden vertoond	10 tot 18 jaar	Een activiteit starten of stoppen met ongewenst gedrag en zeggen wat in plaats daarvan moet gebeuren.	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Gebruik van dwingende en straffende manieren van disciplineren verminderen;  Stress van de ouders bij het opvoeden te verminderen

Strategie	Beschrijving	Aanbevolen leeftijd	Toepassingen	Bijdrage aan subdoel
				Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
Gepland negeren gebruiken bij kleine overtredingen	Geen aandacht geven zolang het ongewenste gedrag duurt.	1 tot 7 jaar	Aandachttrekkend gedrag negeren (bijv. protesteren na een consequentie, zeuren).	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Gebruik van dwingende en straffende manieren van disciplineren verminderen;  Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
Instructies kracht bijzetten met logische consequenties	Een specifieke consequentie gebruiken waarbij een activiteit of voorrecht van het kind voor een bepaalde tijd wordt ontnomen of het kind wordt weggehaald bij de activiteit.	2 tot 18 jaar	Omgaan met milde vormen van probleemgedrag en ongehoorzaamheid die niet vaak voorkomen.	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Gebruik van dwingende en straffende manieren van disciplineren verminderen;  Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
Omgaan met emotioneel gedrag	Kinderen helpen om te gaan met onplezierige of intense emotionele reacties die effectieve probleemoplossing inde wegstaan of een groter conflict en/of spanning veroorzaken.	10 tot 18 jaar	Omgaan met emoties stimuleren; een tiener helpen gebeurtenissen die spanning veroorzaken te hanteren; kalmeringstechnieken demonstreren om daarmee onplezierige conflicten te vermijden.	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Gebruik van dwingende en straffende manieren van disciplineren verminderen;  Stress van de ouders bij het opvoeden te verminderen  Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
Quiet time toepassen bij ongewenst gedrag	Een kind verwijderen uit de situatie waar het ongewenste gedrag is ontstaan en even aan de rand van de activiteit laten zitten.	18 maanden tot 10 jaar	Kinderen helpen persoonlijke verantwoordelijkheid voor zijn/haar daden te ontwikkelen.	Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;  Gebruik van dwingende en straffende manieren van disciplineren verminderen;  Stress van de ouders bij het opvoeden te verminderen

Strategie	Beschrijving	Aanbevolen leeftijd	Toepassingen	Bijdrage aan subdoel
				Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren
Time-out toepassen bij probleemgedrag	Een kind gedurende enige tijd verwijderen uit een ruimte met anderen wanneer het probleemgedrag zich voordoet.	2 tot 10 jaar	Omgaan met driftbuien, probleemgedrag (bijv. anderen pijn doen) en kinderen die niet rustig zijn tijdens 'quiet time'.	<p>Beter kunnen omgaan met lastig gedrag of gedrags- of emotionele problemen van hun kind;</p> <p>Gebruik van dwingende en straffende manieren van disciplineren verminderen;</p> <p>Stress van de ouders bij het opvoeden te verminderen</p> <p>Communicatie van ouders over opvoedmethoden verbeteren</p>

In onderstaande tabel staat vermeld wat er in de verschillende sessies aan de orde komt.

Aanbod	Sessie	Inhoud	Duur
Niveau 3 Eerstelijns 0 – 12 jaar en tieners: individueel aanbod voor ouders – 4 gesprekken	<i>Consultatiesessie 1</i> Inschatting van het voorliggende probleem	Tijdens deze sessie voert de professional een intakegesprek, bespreekt de interventiemogelijkheden (zoals de verschillende niveaus en aanbiedingsvormen van Triple P) en legt ouders uit hoe zij het gedrag van hun kind kunnen volgen en registreren.	15-30 minuten
	<i>Consultatiesessie 2</i> Een opvoedaanpak ontwikkelen	De professional geeft ouders feedback over de vragenlijsten die ouders ingevuld hebben, de informatie uit het intakegesprek en de monitoringformulieren die ouders ingevuld hebben, helpt hen oorzaken van het gedrag van hun kind te benoemen en doelen op te stellen voor verandering. Tot slot wordt er een persoonlijk plan van aanpak opgesteld – waarbij gebruik wordt gemaakt van een bij het probleem passende tipsheet.	15-30 minuten
	<i>Consultatiesessie 3</i> De toepassing bespreken	Tijdens deze sessie gebruikt de professional een zelfregulerend feedbackmodel om ouders te helpen de door hen uitprobeerde opvoedaanpak te evalueren en om, zo nodig, de aanpak bij te stellen. Als ouders willen oefenen met specifieke opvoedtechnieken, wordt tijdens deze sessie gebruik gemaakt van actieve vaardigheidstraining. Hierbij worden de verschillende opvoedstrategieën getraind.	15-30 minuten
	<i>Consultatiesessie 4</i> Follow-up	Tijdens deze sessie worden de voortgang en de toepassing van Triple P besproken, en komen ideeën voor het vasthouden van de positieve veranderingen aan de orde. Indien nodig worden doorverwijzingsmogelijkheden besproken.	15-30 minuten
<b>Aanbod</b>	<b>4 workshops</b>	<b>Inhoud</b>	<b>Duur</b>
Niveau 3 Workshops 0 – 12 jaar: 4 verschillende workshops van ongeveer 2 uur voor ouders van	Leren luisteren	Omgaan met ongehoorzaamheid. In deze workshop komen voorbeelden ter sprake van veelvoorkomende vormen van ongehoorzaamheid en enkele redenen waarom kinderen moeite hebben met het opvolgen van instructies. Vervolgens komen er enkele opvoedstrategieën voor positief opvoeden aan bod, die ouders helpen een persoonlijk opvoedplan op te stellen	2 uur

jonge kinderen		om ongehoorzaamheid te voorkomen, hun kind grenzen te leren en zo nodig om te gaan met ongehoorzaamheid.	
	Een goed slaappatroon ontwikkelen	In deze bijeenkomst worden verschillende problemen verkend waar ouders tegenaan lopen als het bedtijd is, en enkele redenen waarom deze zich voordoen. De vaardigheden die kinderen nodig hebben om een goed slaappatroon te ontwikkelen worden besproken, en ouders maken kennis met strategieën voor positief opvoeden om problemen te helpen voorkomen. De aanpakken om kinderen zover te krijgen dat ze de hele nacht in hun eigen bed blijven, komen ook aan bod: de zachte, de geleidelijke en de directe aanpak. De benaderingen zijn alle even doeltreffend en ouders kiezen het opvoedplan dat het beste bij hen past.	2 uur
	Boodschappen doen met kinderen	In deze workshop dient boodschappen doen als voorbeeld van omgaan met lastig gedrag in het openbaar. Strategieën voor positief opvoeden worden besproken alsmede een stappenplan om problemen te voorkomen en kinderen te leren zich prettig te gedragen tijdens het boodschappen doen. Ouders ontwikkelen een eigen plan van aanpak om ook met ongewenst gedrag tijdens boodschappen doen om te gaan en worden gestimuleerd om de nieuwe opvoedvaardigheden ook toe te passen in andere potentieel lastige situaties in het openbaar.	2 uur
	Omgaan met ruzie en agressie	Tijdens deze workshop worden ouders gestimuleerd om hun ervaringen met agressief en destructief gedrag van hun kinderen te delen, en enkele redenen te bespreken waarom kinderen ruziemaken. Ook wordt gesproken over vaardigheden die kinderen nodig hebben om te kunnen samenwerken en goed met anderen om te gaan. Ouders leren hoe ze hun kind vaardigheden als delen, overleggen en aardig zijn bij kunnen brengen. Ze bereiden ook plannen voor om met ruziemaken en agressie om te gaan.	2 uur
Niveau 3 Workshops tieners: 4 verschillende workshops van ongeveer 2 uur voor ouders van jonge kinderen	Ruzies in het gezin verminderen	Tijdens deze workshop delen ouders hun ervaringen met conflicten met hun tiener en waarom die zich soms voordoen. Er worden diverse strategieën voor positief opvoeden geïntroduceerd om ouders te helpen hun tieners te leren prettig om te gaan met andere gezinsleden en problemen op te lossen. Er worden eveneens manieren besproken om met conflicten om te gaan die het hele gezin raken.	2 uur per workshop
	Zelfredzaamheid stimuleren bij tieners	In deze sessie wordt besproken waarom tieners soms risicovolle besluiten nemen en hoe ze kunnen leren zich veilig te gedragen terwijl ze geleidelijk zelfredzaamheid ontwikkelen. Ouders leren strategieën voor positief opvoeden kennen om hun tieners te helpen zich met behulp van een plan goed voor te bereiden op risicovolle situaties of activiteiten waaraan ze willen meedoen en waarin ze te maken kunnen krijgen met moeilijkheden en verleidingen.	
	Omgaan met emoties van tieners	Tijdens deze workshop bespreken ouders waarom tieners zo heftig kunnen reageren en hoe zij hun tiener kunnen leren controle over hun emoties te krijgen. Er worden diverse strategieën voor positief opvoeden geïntroduceerd om ouders te helpen hun tieners te leren om beter met hun emoties om te gaan.	
	Tieners laten meewerken	Tijdens deze bijeenkomst delen ouders ervaringen en ideeën over het omgaan met tegendraads gedrag en praten ze over waarom tieners niet graag meewerken.	

		Er komen verschillende strategieën voor positief opvoeden aan bod, die ouders kunnen helpen bij het ontwikkelen van een plan om hun tiener te stimuleren thuis mee te werken.	
--	--	---	--

## Materialen

Ouders krijgen bij het individuele aanbod een tipsheet, als deze beschikbaar is, over het lastige- of probleemgedrag van hun kind. Bij de workshops krijgen ouders een werkboekje waarin ze hun eigen specifieke opvoedplan maken.

Er is een DVD/online film en een boekje Positief Opvoeden beschikbaar waarin alle strategieën gepresenteerd worden.

## Verschil tussen 0 – 12 jarigen en tienerversie

De tienerversie kent dezelfde clusters aan opvoedstrategieën maar waar relevant zijn die aangepast aan deze specifieke ontwikkelingsfase (Sanders & Ralph 2011). Om nieuw gedrag aan te leren wordt bij jongere kinderen bijvoorbeeld geoefend met een beloningsprogramma maar bij de tienerversie heeft dit de vorm van een gedragscontract dat tieners stimuleert om een bijdrage te leveren aan de taken in huis. In plaats van het benutten van *spontane leermomenten* gaat het bij de tienerversie om het *stimuleren van zelfstandige probleemoplossing*.

Het gecombineerd inzetten van verschillende opvoedstrategieën wordt in de tienerversie geoefend met behulp van een stappenplan voor het omgaan met heftige emotionele uitbarstingen van tieners.

Bij het anticiperen op risicovolle situaties ligt het accent op het samen met de tiener bespreken van mogelijke risico's en hoe daarmee om te gaan. (b.v. met een groepje vrienden koningsdag vieren in Amsterdam).

De inhoud van niveau 3 is in alle aanbiedingsvormen hetzelfde en bevat een aantal verplichte onderdelen die stapsgewijs worden doorlopen. Benadrukt wordt dat elke ouder opvoedt op zijn eigen manier, dat opvoeden veel van ouders vraagt en elke ouder daarbij wel eens problemen ervaart (normaliseren). Positief gelabeld wordt dat het verstandig is om hulp of steun te vragen als die problemen een gezonde ontwikkeling van jeugdigen in de weg staan en de opvoedstress van ouders hoog is. De verplichte onderdelen zijn achtereenvolgens:

### Stap 1: Informatie over het specifieke gedragsprobleem

Hoe ziet over het algemeen het probleem er uit (bijvoorbeeld driftbuien, slaapproblemen, eetproblemen), is het specifiek voor de ontwikkelingsfase van het kind, waarom komt dit probleem voor?

### Stap 2: Welke factoren beïnvloeden het ontstaan van gedragsproblemen?

In dit onderdeel komt aan bod:

- Oorzaken van gedragsproblemen en veel voorkomende opvoedvalkuilen (zoals onduidelijke instructies, te veel aandacht naar negatief gedrag, onenigheid tussen ouders etc.).
- Vaardigheden die kinderen nodig hebben om zich goed te ontwikkelen (zoals goede communicatie vaardigheden, prosociaal gedrag en zelfregulerend vermogen).
- Bepalen van doelen voor veranderingen in het gedrag van kind en ouder.
- Manieren om doelgedrag (van kind en ouder) te monitoren tijdens de interventie.

### Stap 3: Vaardigheden om gedrag effectief te beïnvloeden

Dit onderdeel betreft een vaardigheidstraining om de basisprincipes van positief opvoeden in praktijk te brengen gericht op het bevorderen van een positieve ontwikkeling van kinderen en consistent reageren op ongewenst gedrag. Dit onderdeel omvat het kennis nemen en



(in)oefenen van verschillende opvoedstrategieën verdeeld in de volgende clusters: 1. Een goede band met uw kind opbouwen; 2. Gewenst gedrag stimuleren; 3. Nieuwe vaardigheden of gedrag aanleren; 4. Omgaan met en reguleren van ongewenst gedrag.

Stap 4: Werken aan gedragsverandering en generalisatie naar andere contexten

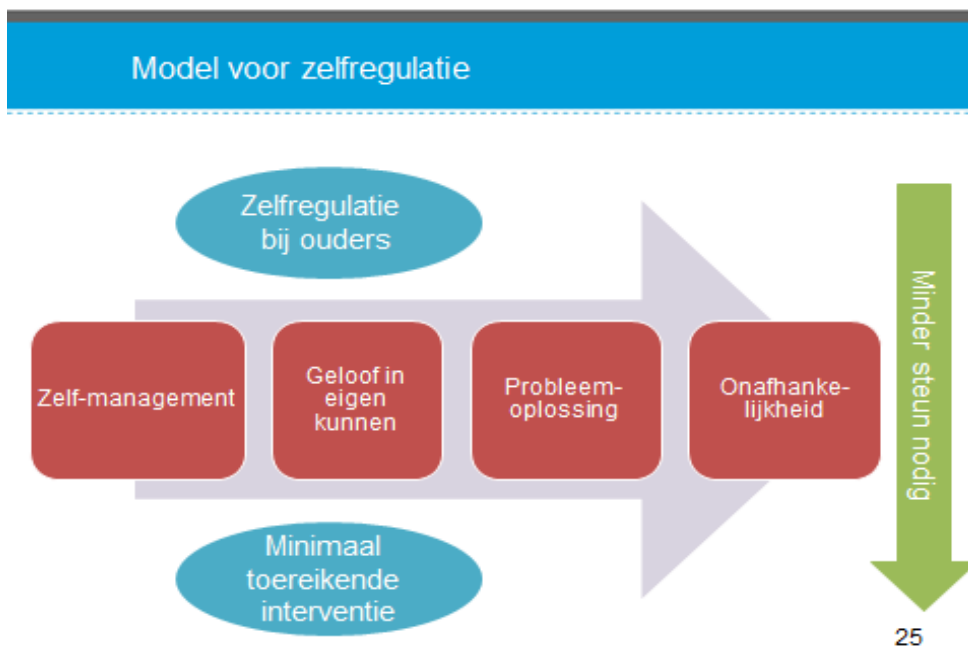
- Het zelfstandig en in combinatie kunnen toepassen van de geleerde opvoedstrategieën in op maat gemaakte stappenplannen voor het omgaan met veelvoorkomende vormen van probleemgedrag.
- Het generaliseren van een succesvolle aanpak naar verschillende vormen van probleemgedrag en verschillende contexten en het leren anticiperen op risicovolle situaties binnen- of buitenshuis.

Stap 5: Afronding

- Reflecteren op bereikte resultaten en bespreken hoe positieve veranderingen kunnen worden vastgehouden
- Het zelfstandig oplossen van problemen nu en in de toekomst.

### Proces van zelfregulatie

Bij het bespreken van praktische oefensituaties en thuisopdrachten past de professional het "model van zelfregulerende feedback" toe (Sanders, Mazzucchelli & Ralph 2012) waarbij ouders worden aangemoedigd om zichzelf te evalueren op een positieve, concrete en realistische manier.



1. *Zelfmanagement* houdt in dat ouders zelf verantwoordelijkheid nemen voor het eigen veranderingsproces. Belangrijk aspect van zelfmanagement is ook zelf-monitoring van vorderingen op het doelgedrag om een ingezette aanpak te kunnen bijsturen en verfijnen.
2. *Geloof in eigen kunnen* (self-efficacy) houdt in dat ouders vertrouwen hebben in hun vermogen om problemen te hanteren en een ingezette opvoedaanpak kunnen volhouden en niet meteen opgeven bij tegenslag (Jones & Prinz, 2005). Constructieve en positieve feedback van de professional kan het competentiegevoel versterken maar

belangrijker is dat ouders leren zichzelf te evalueren op een positieve en realistische manier en hun eigen aandeel te onderkennen in de gemaakte vorderingen. Negatieve emoties en gedachten ondermijnen het geloof in eigen kunnen.

3. *Probleemoplossing* wordt versterkt door ouders vanaf de start van de interventie te activeren om zelf na te denken over oplossingen bij problemen die zich voordoen. Bij het formuleren verbeterpunten in de eigen aanpak worden ouders gestimuleerd om effectief gebruik te maken van reeds verworven vaardigheden en beschikbare hulpbronnen zoals hun werkboek. Aandachtspunt is dat ouders leren onderkennen wat cruciale elementen zijn in een succesvolle aanpak en de toegenomen en kennis kunnen generaliseren naar andere contexten.
4. *Onafhankelijkheid* houdt in dat ouders op eigen kracht verder kunnen, zelfstandig beslissingen durven nemen en ook oplossingen kunnen bedenken in nieuwe en toekomstige probleemsituaties. Effectief gebruik maken van beschikbare hulpbronnen in de eigen omgeving zoals steun van familie en vrienden is daar een onderdeel van. De professional werkt hiernaartoe door de eigen feedback zorgvuldig te doseren, en niet meer hulp te bieden dan ouders nodig hebben om hun problemen zelfstandig op te lossen.

## 2. Uitvoering

### Materialen

#### Materialen voor de Triple P train-de-trainers:

- PowerPointpresentatie per trainingsniveau met aanwijzingen voor de uitvoering
- Trainings-film met beeldmateriaal om de oefeningen te ondersteunen
- Pre- en post-assessment formulieren waarop professionals hun competenties scoren
- Evaluatieformulier

#### Materialen voor uitvoerende professionals:

- Trainingswerkmap
- Handboeken voor professionals Triple P Eerstelij, Eerstelij tieners, Workshops
- Hierin zijn de achtergronden en onderbouwing van het Triple P programma en de specifieke interventie zeer gedetailleerd en uitgebreid beschreven.
- DVD met powerpointpresentatie en instructiefilmpjes voor ouders (alleen bij Triple P Workshops)
- Consultatie flip-over voor Triple P Eerstelij en Eerstelij tieners
- Wervingsfolders en posters

Er is een besloten Triple P-website voor professionals waar voor geaccrediteerde professionals alle noodzakelijke materialen voor de uitvoering zijn te downloaden, of te bestellen. Daarnaast staat er aanvullende informatie over de uitvoering van Triple P, is er een scorings- en monitoringdatabase en een interactief platform, waar professionals vragen kunnen stellen en onderling ervaringen kunnen uitwisselen.

#### Materialen voor ouders:

- DVD/ online film: 'Wegwijzer voor iedere ouder' met uitleg en video-instructie van alle opvoedstrategieën (met voice-over en ondertiteling in het Turks, Marokkaans-Berbers, media Arabisch en Nederlands).
- Brochure Positief Opvoeden met daarin praktisch advies over een positieve opvoedbenadering.
- Tipsheets:

<b>Vorbereiden op ouderschap</b>	
Ouderschap Uw kind voorbereiden op een nieuwe baby Depressieve gevoelens na de geboorte van uw baby	Veiligheid in huis Uw partner steunen Stress de baas blijven Werk en gezin combineren
<b>Baby's</b>	
Ontwikkeling stimuleren Huilen	Slaappatronen Scheidingsangst
<b>Peuters</b>	
Slaapproblemen Ongehoorzaamheid I Anderen pijn doen Zelfstandig eten Leren praten	Delen Driftbuien Zindelijk worden Weglopen Zeuren
<b>Kleuters</b>	
Ongehoorzaamheid II Ruzie en agressie	Strijd aan de eettafel Nachtmerries en nachtangsten

Winkelen Bezoek Storen	Scheidingsangst Opruimen Onderweg in de auto
Basisschoolkinderen	
Zelfbeeld Huiswerk Gedrag op school Helpen in huis Angsten bij kinderen Gepest worden Bedplassen	Liegen Schelden Stelen Creativiteit Sport ADHD Schermtijd
Tieners	
Spijbelen Omgaan met angst Omgaan met depressiviteit Vrienden en relaties met leeftijdgenoten Roken Seks en verkering	Alcohol drinken Drugsgebruik Onbeschoftheid, onbeleefdheid en gebrek aan respect Rages en modetrends Eetgewoontes Geld en werk

## Locatie en type organisatie

Triple P Niveau 3 wordt uitgevoerd op locaties waar ouders toch al komen, dit kan de school, het buurthuis, het consultatiebureau, Centrum voor Jeugd en gezin of bij ouders thuis zijn.

De cursus kan uitgevoerd worden door professionals die kennis hebben van opvoeding en ontwikkeling van kinderen. Dit kunnen jeugdverpleegkundigen, opvoedadviseurs, jeugdzorgwerkers en/ of wijkteammedewerkers zijn. In Nederland wordt de cursus voornamelijk uitgevoerd door jeugdverpleegkundigen, pedagogen en maatschappelijk werkers.

Er is een landelijke Triple P organisatie, deze is onderdeel van de Stichting Families Foundation. Triple P Nederland heeft de licentie om Triple P trainingen en accreditatie voor professionals aan te bieden. De organisatie verzorgt ook de randvoorwaarden, zoals beroepsaccreditatiepunten. Tevens biedt de organisatie kosteloos implementatie-advies aan professionals en organisaties. Hiervoor gebruiken ze een wetenschappelijk implementatiemodel inclusief implementatie-tools.

## Opleiding en competenties van de uitvoerders

Uitvoerders van Triple P Niveau 3 zijn voornamelijk professionals die in de preventieve opvoedingsondersteuning werkzaam zijn. Professionals zijn minimaal op hbo-niveau geschoold en hebben een (para)medische en/of sociaal-pedagogische achtergrond met:

- basiskennis op het gebied van opvoeding en ontwikkeling van kinderen;
- basisvaardigheden op het gebied van communicatie en gespreksvoering met ouders;
- ervaring in het werken met kinderen en gezinnen;
- vaardigheden in het organiseren en begeleiden van groepen ouders.

Voor de uitvoering van Triple P-interventies is het vooraf volgen van een training vereist. Deze duurt twee dagen met een afsluitende accreditatie-workshop (een praktijken theoretietoets) van een dagdeel. Bij een incompany training krijgen professionals ook nog een pre-accreditatie workshop. In de actieve vaardigheidstraining doen professionals kennis op over de onderbouwing, inhoud en uitvoering van de interventie en wat daarin de werkzame elementen zijn. Triple P uitvoerders moeten de verschillende opvoedstrategieën begrijpelijk kunnen

uitleggen en demonstreren en ouders kunnen coachen bij de toepassing daarvan. Daarnaast is het belangrijk dat uitvoerders het principe van zelfregulatie, dat als een rode draad door alle Triple P-interventies loopt, goed kunnen toepassen in de feedback aan ouders.

## Kwaliteitsbewaking

- Triple P heeft drie belangrijke kwaliteitsborgings/ betrouwbaarheidscontroles ingebouwd in het implementatiemodel:

### 1. **Verplichte training en accreditatie**

Hiermee wordt de basiscompetentie van de professionals vastgesteld en worden zij gecertificeerd als zijnde in staat om het programma te implementeren zoals bedoeld. Het accreditatieproces bestaat uit twee stappen: het behalen van een score op een schriftelijk examen en het tonen van de competentie in ouder consultatievaardigheden zoals getoetst door een geaccrediteerde Triple P-trainer tijdens de accreditatiewerkshops. Er zijn procedures om te helpen en herexamen te doen wanneer ze niet slagen voor de accreditatie.

### 2. **Sessiechecklists**

Elke interventie heeft een sessiechecklist die de professionals helpt bij de uitvoering van de interventie zoals bedoeld. Deze checklists zijn geïntegreerd in het trainingsprotocol en zijn te vinden in alle Triple P-handboeken. Organisaties hebben de flexibiliteit om deze instrumenten te gebruiken als zelfevaluatie of in meer formele kwaliteitsborgingsprocedures.

### 3. **Intervisie**

Een cruciaal element bij de implementatie is de invoering van een zelfregulerend kader en het gebruik van het PASS-model (Peer Assisted Support and Supervision) voor kwaliteitsborging. Tijdens PASS-sessies presenteren professionals cases, krijgen zij feedback van andere gekwalificeerde professionals en blijven zij hun vaardigheden aanvullen met permanente educatie. Professionals leren het PASS-model tijdens de training, en het PASS-handboek en de checklist zijn beschikbaar voor getrainde professionals via de besloten website voor professionals. Triple P Nederland (Stichting Families Foundation) adviseert professionals om in het eerste jaar na training minimaal vier keer begeleide intervisie krijgen volgens een model dat het zelfregulerend vermogen van professionals stimuleert.

- **Verdiepingsworkshops**

Verdiepingsworkshops worden uitgevoerd door gecertificeerde Triple P trainers.

### **Online ondersteuning voor beroepskrachten**

Er is een speciale website voor gecertificeerde beroepskrachten met materialen die essentieel zijn voor de uitvoering, zoals instructiefilmpjes en een webshop om materialen te bestellen.

- **Monitoring van proces en resultaten**

De kwaliteit van uitvoering wordt gemeten met pre- en post interventie vragenlijsten die meten of de bij aanvang door de ouders gestelde doelen zijn behaald. Aan het eind wordt door ouders een cliënttevredenheidslijst ingevuld. Deze gegevens kunnen verwerkt worden in het gratis online registratie- en monitoringssysteem. Verwerking van de gegevens via deze systemen maakt het tevens mogelijk om ook op instellings- of landelijk niveau gegevens te rapporteren.

- **Gekwalificeerde Triple P train-de-trainers**

De trainingen voor professionals worden verzorgd door Nederlandse Triple P trainers die zijn opgeleid en geaccrediteerd door Triple P International (TPI). Trainers dienen op een

7-puntsschaal een tevredenheidsscore van gemiddeld 6 of hoger behalen. Als dat niet het geval is, start een verbetertraject.

- **Implementatie ondersteuning**

Triple P Nederland (Stichting Families Foundation) biedt ondersteuning aan organisaties bij de implementatie voor Triple P. Ook na de training biedt Triple P Nederland inhoudelijke ondersteuning aan professionals.

## Randvoorwaarden

Voor een goede uitvoering van de interventie zijn de volgende randvoorwaarden belangrijk:

- De eerste maanden na de training krijgt de professional extra tijd om de interventie voor te bereiden, uit te voeren en te evalueren;
- Het eerste jaar na uitvoering is er intervisie en/of werkbegeleiding beschikbaar op de uitvoering van de methodiek
- Er is een aanspreekpunt voor vragen en de mogelijkheid tot raadpleging/uitwisseling van ervaringen met ervaren collega's (het besloten gedeelte van de beroepskrachtenwebsite is ook hiervoor bedoeld);
- De professional heeft budget om tipsheets, brochures en dvd's voor ouders aan te schaffen;
- Het management van de uitvoerende organisatie maakt afspraken met de professional over het aantal uit te voeren interventies;
- Het management biedt de professional voldoende (flexibele) tijd om de gestelde doelen te bereiken afgestemd op de behoeften/leermogelijkheden van deelnemende gezinnen;
- Er is een systeem om de uitvoering van de interventie te monitoren;
- Er is aandacht, tijd en budget voor de werving van gezinnen voor de interventie

## Implementatie

Om een kwalitatief hoogwaardige en duurzame implementatie te bevorderen is het model *Kansrijk Implementeren* ontwikkeld (Berns, van Bommel & van Rijn, 2014). Het bestaat uit een voorbereidende, uitvoerende en borgingsfase met bijbehorende hulpmiddelen zoals een checklist van de uit te voeren activiteiten per fase en gestructureerde formats (*Format 'Implementatieplan Triple P Instelling'*). Internationaal is het Triple P Implementation Framework ontwikkeld (McWilliam, Brown, Sanders & Jones, 2016).

Het model *Kansrijk Implementeren* is geëvalueerd (zie 4.1) en naar aanleiding van de opgedane inzichten doorontwikkeld. Er is een speciale implementatieconsultant aangesteld die instellingen die met Triple P starten, ondersteunt op de invoering en ook tijdens de uitvoeringsfase. De selectie van deelnemers voorafgaand aan een training is verbeterd met meer aandacht voor motivatie en mogelijkheden om tot uitvoering over te gaan.

In 2016 is onderzoek gedaan naar de uitvoering van Triple P met een online vragenlijst die door ruim 400 professionals werd ingevuld. Hieruit bleek dat 90% van hen is gestart met de uitvoering van Triple P na afloop van de training (van Bommel, 2017). Ook is in beeld gebracht welke randvoorwaarden goed op orde zijn en waar nog ruimte is voor verbetering. De uitkomsten zijn in een factsheet gebundeld en teruggekoppeld aan de lokale coördinatoren (zie 4.1).

## Kosten

Eenmalig:

Training	Aantal trainingdagen (9:30 uur -	Dag voor de pre-accreditatie (9:30 uur	Vorbereidingstijd voor accreditatie - dag	Accreditatie- dag	Intervisie	Totale tijd
Triple P Eerstelij n 0-18 jaar	2 dagen	1 dag	4-6 uur (quiz en voorbereiding op demonstratie van compe-	Een halve dag	2-3 uur (maandelijkse bijeenkomsten van een uur)	4½ dag
Triple P Workshop 0-18 jaar	2 dagen	1 dag	4-6 uur (quiz en voorbereiding op demonstratie van competenties)	Een halve dag	2-3 uur (maandelijkse bijeenkomsten van een uur)	4½ dag

De professionals betalen alleen voor de training, er zijn geen licentiekosten verbonden aan Triple P

Per interventie:

Training	Individuele consultatie of groepssessietijd	Verwerking vragenlijst scores en feedback - Voor- en nameting*	Telefonische ondersteuning of huisbezoek	Vorbereiding op de sessie en afronding na de sessie	Casusaantekeningen en verslag schrijven*	Totale tijd
Triple P Eerstelij n 0-18	2 uur (30 minuten per gezin gedurende 4 sessies)	¼ uur	optioneel	¼-½ uur	¼-½ uur	2¾-3¼ uur per gezin
Triple P Workshop 0-18	2 uur	n.v.t.*	optioneel	1 uur	1 uur (10 gezinnen, elk 6 minuten)	4-5 uur per groep

\* Reken 2-3 minuten extra per gezin voor het bekijken van de clienttevredenheidsvragenlijst (CSQ)

\*\* Uitgebreide rapportage voor overheidsinstanties niet inbegrepen.

**Materiaalkosten, per ouder(paar):**

Brochure Positief Opvoeden: € 5,55 excl. BTW

Triple P Tipsheet: gemiddeld € 0,55 excl. BTW

Over het algemeen worden de kosten vergoed door de gemeente, zodat de interventie kosteloos aan ouders aangeboden kan worden. Triple P wordt geïmplementeerd binnen het bestaande takenpakket van de professional, het kost de professional dus geen extra tijd, naast zijn of haar takenpakket. Triple P biedt hen voornamelijk vaardigheden, een duidelijke structuur en goede materialen voor de uitvoering van de opvoedondersteuning.



## 3. Onderbouwing

### Probleem

Triple P niveau 3 is ontwikkeld voor gezinnen met specifieke zorgen over het gedrag of de ontwikkeling van hun kind. De interventie is vooral gericht op het ontwikkelen van opvoedvaardigheden.

Psychosociale problemen (emotionele en gedragsproblemen), al dan niet samenhangend met een bepaalde ontwikkelingsfase, doen een extra beroep op de opvoedcompetentie van ouders. Omgekeerd kan onzekerheid over de juiste aanpak en/of gebrekkige opvoedingsvaardigheden van ouders om met ongewenst gedrag van kinderen om te gaan, leiden tot een dysfunctioneel opvoedpatroon dat problemen doet toenemen of in stand houdt.

In 2005 heeft, volgens jeugdartsen en -verpleegkundigen, 15% van de onderzochte ouders opvoedproblemen, waarbij het meestal om lichte problemen gaat (Zeijl et al., 2005).

In het Onderzoek Jeugd en Opgroeien 2011 is informatie via de ouders verzameld. Volgens de ouders vertoont 11 procent van de 3- tot 18-jarigen gedragsproblemen.

De onderzoekers verklaren het verschil tussen ouders en beroepskrachten deels uit verschillen tussen de gebruikte vragenlijsten.

Bijna 12% van de ouders van kinderen van 0 tot 18 jaar is ontevreden over de relatie met hun kind en 17% van de ouders voelt zich incompetent als opvoeder. Ook heeft ruim een kwart van hen in het afgelopen jaar zorgen gehad over de opvoeding, het gedrag of de ontwikkeling van hun kind (Bot et al., 2013). In een onderzoek van het CBS rapporteerden 18% van de vaders en 22% van de moeders dat ze soms het gevoel hebben de opvoeding van hun kind niet goed in de hand te hebben. Ongeveer de helft van de ouders vindt bovendien het ouderschap moeilijker dan zij van tevoren dachten (CBS, 2011).

Bij gezinnen met een zwakke maatschappelijk positie (niet-westers en laag opleidingsniveau, levend onder de armoedegrens, eenoudergezin, tienermoeder) of gezinnen waar ouders te kampen hebben met psychische problemen en verslavingsproblematiek, lopen kinderen een grotere kans om emotionele en gedragsproblemen te ontwikkelen (Zeijl et al., 2005; Pels & Vollebergh, 2006; Bucx, 2009; Bot et al., 2013). Migrantenouders met opgroeiende kinderen maken zich bovendien vaker zorgen of hun kind wel goed terecht komt (Bot & de Roos, 2015).

Psychosociale problemen bij kinderen zorgen voor aanzienlijke kosten voor de samenleving en zijn een belangrijke reden voor het gebruik van gezondheidszorg (Rushton et al, 2002).

Als probleemgedrag van kinderen blijft aanhouden en verergert, heeft dat op korte termijn een nadelige invloed op het dagelijks functioneren van de jeugdige in het gezin, de omgang met leeftijdsgenoten en de sociale aanpassing op school. Bij ouders leiden de gedragsproblemen van kinderen tot een gevoel van falen, toename van opvoedstress en conflicten met de partner over de juiste aanpak (Vaughan et al, 2013). Probleemgedrag van kinderen kan een neerwaartse spiraal van aversieve en dwingende ouder-kind interacties in gang zetten (Patterson, 1982) dat kan leiden tot een risicovol opvoedpatroon dat schadelijk is voor de ontwikkeling van een kind (Azar, 1997; Baydar & Akcinar, 2017). Gedragsproblemen op jonge leeftijd zijn bovendien een belangrijke voorspeller van problemen in een latere leeftijdsfase (Kazdin, 1995; Tremblay & LeMarquand, 2001).

Concluderend vormen aanhoudende gedragsproblemen en een disfunctioneel opvoedpatroon een ernstige bedreiging voor het welbevinden en de sociale aanpassing van kinderen en jeugdigen in vergelijking met leeftijdsgenoten die niet met deze problemen kampen. Op langere termijn kunnen de daaruit voortvloeiende psychische problemen of maatschappelijke aanpassingsproblemen van jeugdigen aanzienlijke kosten met zich meebrengen aan

psychosociale hulpverlening, strafrechtelijk ingrijpen of sociale voorzieningen vanwege vroegtijdig schoolverlaten en werkloosheid (Scott et al, 2001; Mihalopoulos et al, 2011). Bovendien kunnen deze problemen veel effect hebben op de toekomst van het kind. (Smith, J.P., Smith, G.C., 2010). Verschillende studies hebben aangetoond dat psychosociale problemen de sociale competentie, schoolprestaties en latere psychosociale ontwikkeling beïnvloeden (Anthony et al, 2005, Steinberg, L., 2005).

## Oorzaken

Oorzaken van de opvoedproblemen zijn meestal emotionele of gedragsproblemen van het kind en/of beperkte opvoedvaardigheden van ouders (Zeijl et al., 2005).

Er zijn drie categorieën van risicofactoren die het risico van aanhoudende gedragsproblemen verhogen en de ontwikkeling van een reeks vaardigheden en competenties kunnen beperken en kunnen leiden tot problematische uitkomsten naarmate een kind ouder wordt (Hart & Risley, 1995):

1. Factoren in het kind
  - a. temperament,
  - b. sekse,
  - c. leerproblemen en
  - d. gezondheid van het kind
  
2. Opvoedfactoren
  - a. inconsequente opvoedstijl,
  - b. streng straffen en
  - c. het ontbreken van een warme, responsieve hechting
  
3. Bredere sociale factoren
  - a. beperkte sociale steun,
  - b. beperkte economische middelen,
  - c. depressie en/of criminaliteit bij ouders, ruzie tussen ouders en
  - d. veel stress in het gezin.

Overige oorzaken van gedragsproblemen bij kinderen kunnen negatieve gezinsinteracties zijn (Patterson, 1982). Het sociale leermodel identificeert leermechanismen waardoor dwingende en disfunctionele patronen van gezinsinteractie in stand worden gehouden (Patterson, et al, 1992).

Tevens kunnen gedragsproblemen veroorzaakt worden door specifieke antecedenten, op dit model is de gedragstherapie gebaseerd (Risley, et al, 1976, Sanders, 1996).

Hart en Risley (1995) hebben onderzocht dat kinderen een groter risico lopen op negatieve ontwikkelingsresultaten, waaronder gedragsproblemen, als ze in de vroege kindertijd geen basis taalvaardigheid verwerven en hun impulsen niet leren te beheersen.

Cognities van ouders, zoals attributies, verwachtingen en overtuigingen kunnen hun gedrag beïnvloeden, volgens het model van sociale informatieverwerking (Bandura, 1977, 1995). Dit kan tevens van invloed zijn op het gedrag van kinderen, bijvoorbeeld als ouders er van overtuigd zijn dat een kind probleemgedrag bewust vertoont om de ouder te irriteren.

Tot slot speelt de bredere ecologische context voor menselijke ontwikkeling (bv. Biglan, 1995; Mrazek & Haggerty, 1994; National Institute of Mental Health, 1998) een belangrijke rol bij het ontstaan en in stand houden van psychosociale problemen bij kinderen. Volgens Biglan (1995) is voor afname van antisociaal gedrag bij kinderen een sociaal-pedagogische context nodig om de opvoeding te veranderen.

De manier waarop het gezin met elkaar omgaat heeft aanzienlijke invloed op psychologische, fysieke, sociale en economische welzijn van kinderen. (Chamberlain & Patterson, 1995; Patterson, 1982; Patterson, Reid & Dishion, 1992; Sanders & Duncan, 1995). Veel sociale, geestelijke gezondheids- en economische problemen zijn verbonden met verstoorde gezinsrelaties. Epidemiologische studies tonen verder aan dat risicofactoren in het gezin, zoals slecht opvoeden, conflicten en scheiding, de ontwikkeling van kinderen sterk beïnvloeden (Cummings & Davies, 1994; Dryfoos, 1990; Robins, 1991). Het risico op het ontwikkelen van ernstige gedrags- en of emotionele problemen van kinderen, inclusief middelenmisbruik, antisociaal gedrag en jeugdcriminaliteit wordt vergroot door: gebrek aan een warme, positieve relatie met ouders, onveilige hechting, harde, inflexibele, rigide of inconsistente straffen; onvoldoende toezicht of betrokkenheid bij de kinderen, echtelijke ruzies of echtscheiding en psychopathologie bij ouders (Coie, 1996; Loeber & Farrington, 1998; Sanders et al, 2003).

Een hoge mate van ouderlijke steun en positieve ouder-kind interacties vormen daartegenover een belangrijke beschermende factor voor de ontwikkeling van kinderen. Ook kennis over positief opvoeden, opvoedvaardigheden en zelfvertrouwen van ouders in hun rol als opvoeder zijn beschermende factoren. Als het gaat om kinderen in de tienerleeftijd wordt een goede band tussen ouders en kinderen en toezicht van ouders gezien als een belangrijke beschermende factor tegenover bijvoorbeeld de sociale druk van leeftijdgenoten bij het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag (Dishion & McMahon, 1998; Pettit et al., 2001; [Patterson, DeGarmo & Forgatch, 2010](#)).

## Aan te pakken factoren

Triple P niveau 3 heeft tot doel de beschermende gezinsfactoren te versterken en de risicofactoren die gerelateerd zijn aan emotionele en gedragsproblemen te voorkomen of te verminderen.

Hoewel verschillende oorzaken bijdragen aan de ontwikkeling van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen zijn alledaagse gezinsinteracties en de manier waarop ouders reageren op het gedrag van kinderen een belangrijke factor als het gaat om een toename of instandhouding van deze problemen (Beauchaine, Webster-Stratton & Reid, 2005; Aunola & Nurmi, 2005; Gardner, Hutchings & Bywater, 2010). Om die reden richt de interventie zich op het versterken van de kennis over positief opvoeden, de opvoedvaardigheden en het zelfvertrouwen van ouders in hun rol als opvoeder (alle subdoelen).

Negatieve factoren als een gebrek aan opvoedingsvaardigheden, pedagogische onmacht en daarmee samenhangende opvoedstress worden aangepakt door ouders te trainen in de toepassing van positieve opvoedstrategieën voor het omgaan met veel voorkomende ontwikkelingsproblemen en gedragsmoeilijkheden (alle subdoelen). Zelfvertrouwen en gevoelens van competentie nemen toe door het geven van positieve en constructieve feedback en het bekrachtigen van de inzet en vorderingen die ouders maken (subdoel 1).

Daarnaast worden ouders versterkt in een meer daadkrachtige en consistente aanpak van ongewenst gedrag door samenwerking tussen partners te bevorderen en de toepassing van strategieën voor disciplineren die niet schadelijk zijn voor kinderen (subdoel 2 en 3).

## Verantwoording

Algemene verantwoording Triple P

### **Positieve gezinsinteracties versterken**

Triple P is een programma voor positief opvoeden met de focus op positieve gedragsbeïnvloeding. Met behulp van de aangereikte opvoedstrategieën leren ouders dagelijkse interacties in het gezin te gebruiken om hun kind op een positieve manier te stimuleren en de intellectuele en sociale vaardigheden te ontwikkelen die kinderen nodig hebben om zich optimaal te ontplooiën. Volgens ontwikkelingspsychologische theorieën stimuleren positieve interacties in het gezin de taalontwikkeling, sociale vaardigheden, emotie-

regulatie en probleemoplossende vaardigheden bij kinderen (Hart & Risely, 1995). Zo ontstaat een positief en stimulerend opvoedingsklimaat, dat conform de theorieën over gedragsverandering leidt tot een afname van psychosociale problemen bij het kind (Risely, Clark & Cataldo, 1976; O'Connor et al., 2013) en toegenomen self-efficacy en welbevinden bij moeders (Barlow, Coren & Stewart-Brown, 2002).

Triple P interventies zijn ook gebaseerd op het model van de Behavioral Family Interventions (BFI) dat uitgaat van Pattersons sociale leertheorie gericht op het doorbreken van een patroon van risicovolle aversieve en dwingende interacties waarbij ouders en kinderen negatief gedrag bij elkaar bekrachtigen en zo in stand houden (Patterson, 1982). Volgens dit model kenmerkt effectief ouderschap zich door het tonen van goed voorbeeldgedrag, het positief bekrachtigen van gewenst gedrag en een consistente aanpak van ongewenst gedrag (Patterson, Reid & Dishion, 1992). Positieve veranderingen in de opvoedaanpak van ouders kunnen leiden tot substantiële verbeteringen in het gedrag van kinderen van verschillende leeftijden en zowel bij jongens als meisjes (Lundahl et al., 2006; Forgatch & Patterson, 2010; Forehand et al., 2014; Gardner et al., 2010).

### **Oudertrainingen zijn een effectieve aanpak**

Om gedrags- en emotionele problemen bij kinderen te voorkomen of te verminderen is het aanbieden van een gestructureerde vaardigheidstraining aan ouders een verantwoorde keus, die -zeker als het gaat om jongere kinderen- ook een effectievere aanpak lijkt te zijn dan een interventie gericht op de kinderen zelf (Lösel & Beelman, 2003; McCart et al., 2006).

Diverse reviews en metastudies tonen aan dat opvoedinterventies effectief zijn in het beïnvloeden van relevante risico- en beschermende factoren voor het ontstaan van gedragsproblemen bij kinderen (Serketich & Dumas, 1996; Lundahl et al., 2006; Reyno & McGrath, 2006; Piquero et al., 2008; Eyberg, Nelson & Boggs, 2008, Foolen 2010). Er is substantieel bewijs dat opvoedinterventies de ouder-kind relaties kunnen verbeteren, gedragsproblemen van kinderen verminderen en kindermishandeling kunnen voorkomen (Barlow et al., 2006, Piquero et al., 2008).

### **Actief oefenen van vaardigheden**

Effectieve oudertrainingen maken gebruik van een combinatie van kennisoverdracht, het actief oefenen van vaardigheden tijdens sessies, video-modeling en gerichte aandacht voor een persoonlijk plan van aanpak voor het omgaan met lastige opvoedsituaties (Kane, Wood & Barlow, 2007; Wyatt et al., 2008; Foolen, 2010). Deze werkwijze is ook typerend voor Triple P niveau 3. Ouders leren eerst de afzonderlijke opvoedstrategieën kennen en oefenen om die vervolgens toe passen in alledaagse opvoedsituaties.

Stapsgewijs wordt toegewerkt naar generalisatie van een effectieve toepassing van vaardigheden naar andere meer risicovolle situaties binnen en buitenshuis. Meta-analyses naar het effect van dit type gestructureerde oudertrainingen laten kleine tot middelgrote effecten zien op het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden en self-efficacy van ouders en een afname van de eerder gesignaleerde gedragsproblemen van kinderen (Lundahl et al. 2006; Wyatt Kaminsky et al., 2008; Eyberg et al., 2008; Dretzke et al., 2009; Michelson et al., 2013). Hoewel er beperkt follow-up onderzoek beschikbaar is over een langere periode, zijn er aanwijzingen dat de positieve veranderingen in het gedrag van kinderen en jongeren ook over een langere periode stand kunnen houden en antisociaal gedrag op latere leeftijd kunnen voorkomen (Michelson et al., 2013; Scott, Briskman & O'Connor, 2014).

### **Specifieke aanpak niveau 3**

Triple P niveau 3 is een interventie gericht op opvoedingsondersteuning, onderdeel van het algehele Triple P systeem. Bovenstaande verantwoording is ook van toepassing op Triple P niveau 3, specifiek voor dit niveau is dat het een selectieve preventiestrategie is, gericht op ouders die milde en relatief enkelvoudige zorgen hebben over het gedrag of de ontwikkeling

van hun kind (bv huilen (bij babies), angsten, problemen op school). Deze korte, gerichte interventie, die uitgevoerd wordt in 4 individuele sessies van een half uur of 1 workshop van 2 uur, combineert advies, gedragsoefening, monitoring en zelf-evaluatie om ouders te leren om gaan met specifieke opvoedvragen. Een deel van de individuele sessies kunnen ook telefonisch uitgevoerd worden. Door middel van advies en video-modelling wordt de kennis over positief opvoeden versterkt. Door de gedragsoefening en het leren toepassen van opvoedvaardigheden worden ouders versterkt in hun opvoedvaardigheden en wordt hun competentie vergroot. Ouders leren tijdens de sessies hoe ze goed voorbeeldgedrag kunnen tonen, gewenst gedrag positief kunnen bekrachtigen en ongewenst gedrag consistent kunnen aanpakken met behulp van een opvoedplan. Dit vermindert het gebruik van dwingende en straffende manieren van disciplineren. Ouders leren realistische doelen te stellen en te evalueren op welke manier ze deze doelen behaald hebben. Dit versterkt hun competentie en zelfvertrouwen. De combinatie van deze technieken zorgt tevens voor een afname van opvoedstress doordat ouders zich competentier voelen.

Het advies en video-modelling, de gedragsoefening en de zelf-evaluatie gericht op positief opvoeden versterken de beschermende factoren en verminderen de risicofactoren. Deze componenten zijn onderdeel van zowel het individuele als het groepsaanbod. Bij het groepsaanbod is er nog de toegevoegde waarde van de uitwisseling met anderen ouders.

### Ondersteuning op maat

Uit onderzoek naar interventiemethodes voor gezinnen is gebleken dat geen enkele interventiemethode succes heeft bij alle kinderen (Sanders, 1995). De mate van interventie moet aangepast worden aan de ingeschatte behoeftes en voorkeuren van de individuele gezinnen. Veel ouders willen bijvoorbeeld simpel praktisch advies over hoe ze een specifiek aspect van de ontwikkeling of ongewenst gedrag (bijvoorbeeld ongehoorzaamheid, driftbuien, problemen met eten of slapen) moeten aanpakken. Andere ouders, met meerdere problemen bij zowel de kinderen als henzelf (bijvoorbeeld ernstige agressiviteit bij kinderen in de context van een ouderlijke depressie en relatieproblemen) hebben intensievere interventies nodig. Ouders verschillen ook in hun mate van kennis, motivatie, eerdere ervaringen, toegang tot steun, en stress (zoals werkloosheid, eenoudergezin zijn, lage sociaaleconomische status). Potentieel effectieve programma's variëren in complexiteit, inclusief de mate, intensiteit en reikwijdte van de interventie, de omgeving waarin deze plaatsvindt, de doelgroep, de personen die de interventie uitvoeren en de kosten van het uitvoeringsaanbod.

Het doel is om het meest kosteneffectieve programma aan te bieden waartoe het grootste aantal 'risicogezinnen' toegang heeft. Triple P heeft vijf interventieniveaus die zijn ontwikkeld om te voldoen aan de verschillende mate van ondersteuning die ouders nodig hebben, variërend van universele programma's via de media (niveau 1) tot korte ondersteunende interventies (niveau 2), kortdurende en meer specifieke ondersteunende interventies (niveau 3), intensieve programma's met een brede focus (niveau 4) en intensieve interventieprogramma's voor gezinnen (niveau 5).

Triple P niveau 3 heeft een bewezen positief resultaat voor gezinnen (Turner & Sanders, 2006). De interventie is vooral gericht op het ontwikkelen van opvoedvaardigheden. De ouders leren vaardigheden die van toepassing zijn op hun huidige situatie. Deze vaardigheden kunnen vervolgens worden toegepast in verschillende opvoedsituaties en op alle kinderen in het gezin.

### Kernelementen

Naast de gedragsmatige insteek heeft Triple P-niveau 3 een aantal kernelementen die bijdragen aan het positieve resultaat van het programma (Sanders, Markie-Dadds & Turner, 2013)

- **Minimal sufficiency**

De competenties en eigenschappen van ouders maken dat zij verschillende behoeften hebben wat betreft de intensiteit van de steun die zij nodig hebben om problemen zelfstandig en effectief te kunnen aanpakken (Kling et al, 2010; Shelleby & Kolko, 2015). Een op de persoon afgestemde dosering en benutten van reeds aanwezige competenties is een kernelement in de Triple P-aanpak. Er zijn meerdere aanwijzingen dat korte en gerichte oudertrainingen effectief kunnen zijn (Tully en Hunt, 2016). De onderzoekers noemen als belangrijk pluspunt dat kortdurende oudertrainingen een lagere drempel hebben en de participatie van grotere groepen ouders mogelijk maken.

- **Flexibele toepassing**

Triple P wijkt af van de gangbare care-as-usual door zijn gestructureerde aanpak waarbij per sessie nauwkeurig staat beschreven welke inhoud moet worden behandeld en op welke manier. Tegelijkertijd, wordt van de uitvoerende professionals de nodige inventiviteit en flexibiliteit gevraagd om de interventie in de praktijk te laten werken door het programma af te stemmen op de unieke doelen, competenties en gezinsomstandigheden van deelnemende ouders.

Binnen elk interventieniveau/aanbiedingsvorm van Triple P is het mogelijk om aanpassingen in het programma te maken afgestemd op het leervermogen en competenties van ouders en gerelateerd aan de voortgang die kinderen en ouders maken. In elke Triple P training leren professionals wat wel/geen risicovolle aanpassingen zijn. Flexibiliteit is bijvoorbeeld mogelijk wat betreft de locatie of in de tijd en duur van de interventie (meer en in een enkele geval minder oefensessies, een langere sessie of juist korter en vaker, liever persoonlijke dan telefonische consultatie etc). De noodzakelijke gedragsoefeningen (belangrijk kernelement in het programma) worden bij voorkeur zo uitgevoerd dat de contextuele factoren die gedrag stimuleren, worden afgewisseld en aansluiten bij alledaagse opvoedsituaties die ouders aandragen.

Flexibiliteit is ook mogelijk in de vorm waarin de te behandelen inhoud en oefenmateriaal wordt aangeboden. Bij analfabete of laagopgeleide ouders zullen de schriftelijke materialen minder bruikbaar zijn en wordt (nog) meer met behulp van video-instructie, modeling en rollenspel gewerkt. Het doel van de interventie is dat ouders begrijpen wat een effectieve aanpak inhoudt en de geleerde opvoedvaardigheden kunnen generaliseren naar uiteenlopende en nieuwe situaties. De ene ouder heeft daarbij meer oefening of feedback nodig dan de ander om het gewenste uitvoeringsniveau te bereiken.

- **Overeenstemming over factoren die probleemgedrag beïnvloeden**

Cruciaal is dat ouder en professional hierover tot een gemeenschappelijk inzicht komen bij de start van de interventie. Dit vergroot de kans dat ouders actief in het veranderingstraject participeren. Het geleide participatie model voor informatie-uitwisseling (Sanders & Lawton, 1993) is een bruikbaar hulpmiddel bij het voorbereiden, organiseren en bespreken van de verzamelde informatie. Deze strategie bestaat uit het geven van beschrijvende, feitelijke informatie in een logische volgorde en geeft ouders de ruimte om conclusies van de professional te verwerken en aan te vullen of in twijfel te trekken.

- **Zelfregulatie als leidend principe**

Het stimuleren van het zelfregulerend vermogen van ouders is kenmerkend voor de werkwijze van Triple P. Zelfregulatie wordt gedefinieerd als een proces waarbij ouders vaardigheden leren om hun gedrag te veranderen en onafhankelijke probleemoplossers te worden in een bredere sociale context die opvoeden en gezinsrelaties ondersteunt (Karoly, 1993; Sanders & Mazuchelli, 2011).

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

#### 1. A. Van Bommel, M. (2017). Duurzame implementatie, resultaten van 10 jaar Triple P in Nederland. Factsheet, publicatie van Stichting Families Foundation.

##### B. Onderzoeksopzet

Het onderzoek richt zich op de duurzame implementatie van Triple P in Nederland. Met behulp van vragenlijsten die gestuurd zijn aan 7000 getrainde professionals is geïnventariseerd of Triple P nog uitgevoerd wordt, wat het ouders oplevert, wat het professionals oplevert, wat bevorderende en belemmerende factoren zijn voor de uitvoer van Triple P en wat behoeftes van professionals zijn.

##### C. Resultaten en conclusie

De vragenlijst is door 416 professionals ingevuld, de grootste groep voert niveau 3 Eerstelijns uit. Van die groep kan ruim 90% het programma ook op dit moment nog uitvoeren. Het programma sluit goed aan bij de Nederlandse praktijk, het biedt professionals veel concrete handvatten waardoor ze effectief en efficiënt met ouders kunnen werken. Veel organisaties bieden de randvoorwaarden om met Triple P te werken en het programma sluit naadloos aan bij het huidige sociaal-politieke beleid.

Professionals geven aan dat Triple P waardevol voor ouders is om de volgende redenen:

- Ouders krijgen inzicht in hun eigen handelen
- Ouders vinden het fijn om te merken dat ze niet de enige zijn die het opvoeden wel eens lastig vinden
- Duidelijke en concrete opvoedvaardigheden
- Versterken van eigen kracht
- Meer zelfvertrouwen voor ouders
- De sfeer in huis wordt prettiger.

Voor professionals heeft het werken met Triple P de volgende voordelen:

- Het geeft voldoening en werkplezier
- Tevreden ouders
- Tijdswinst
- Professionaliteit
- Op een meer gelijkwaardige manier werken met ouders
- Duidelijk materiaal.

Uit implementatie onderzoek blijkt dat er veel factoren van invloed zijn op de implementatie van een interventie. Factor 1 is de interventie. Professionals zijn over het algemeen enthousiast over de kenmerken van Triple P. 71% Van de professionals vindt Triple P geschikt voor ouders die zij ondersteunen.

Factor 2 is de getrainde professional. Een ruime meerderheid van de professionals vindt dat het werken met Triple P voordelen heeft, leuk is en dat de kwaliteit van hun werk erdoor toeneemt. Bovendien zien ze dat opvoedcompetenties van ouders verbeteren en dat ouders over het algemeen tevreden zijn. 84% Van de professionals geeft aan dat ouders tevreden zijn als Triple P wordt ingezet.

Wat betreft hun eigen vaardigheden geven professionals aan dat ze over voldoende kennis beschikken, zich zeker voelen en goed getraind zijn om Triple P uit te voeren in de praktijk. Ook geven ze aan dat Triple P past bij hun functie.

De derde factor is de organisatie. Ondanks dat ruim tweederde aangeeft dat hun manager het werken met Triple P belangrijk vindt en dat het programma in ruim de helft van de gevallen wordt gezien als vast onderdeel van de werkwijze van de organisatie, krijgen nieuwe medewerkers in een derde van de gevallen niet de mogelijkheid om de Triple P training te volgen, is er in de helft van de gevallen geen trekker voor de implementatie en heeft iets minder dan de helft geen toegang tot intervisie. Andere randvoorwaarden zijn over het algemeen goed geregeld.

De vierde factor die invloed heeft op de implementatie is de sociaal-politieke omgeving. Iets minder dan de helft van de professionals geeft aan dat Triple P goed aansluit bij de transformatiedoelen.

Echter, onder andere door de transitie jeugdzorg in de borging van Triple P niet gegarandeerd. Veel professionals van Triple P zijn van baan of werkgever veranderd en de randvoorwaarden voor een goede uitvoering van Triple P zijn niet altijd meer op orde. Vooral in wijkteams blijkt de positie van Triple P vaak onduidelijk.

## **2. A. De Graaf (2012). Eindrapport Project Kansrijk Implementeren. Een onderzoek naar de implementatie van het multi-level programma Triple P. Rapportage van drie deelonderzoeken.**

### **B. Onderzoeksopzet**

Het onderzoek richt zich op de toepasbaarheid van een model voor de implementatie van multi-level programma's in de jeugdzorg/jeugd-ggz (preventie en geïndiceerde zorg). Het model is ontwikkeld in het kader van het project *Ontwikkeling, toepassing en evaluatie van een implementatiemodel voor brede invoering van evidence-based programma's, met Triple P als voorbeeld*. Dit project werd in de periode 2011- 2013 uitgevoerd in opdracht van ZonMW en richtte zich op de implementatie van meerdere niveaus tegelijk waaronder ook Triple P-niveau 3.

Het begeleidende evaluatieonderzoek omvatte drie deelstudies met de volgende invalshoeken

1. Kwalitatief onderzoek naar de uitvoering van de in het model opgenomen fasen en daarin uit te voeren stappen en activiteiten in het implementatieproces. Dit gebeurde aan de hand van interviews met Triple P projectcoördinatoren (n=11) in een aantal gemeenten/regio's.
2. Onderzoek naar succesvol implementeren. Dit werd op de volgende manier gemeten: het aantal gestarte interventies (frequentie) en het aantal afgeronde de interventies (compleetheid) en de mate waarin de interventie werd uitgevoerd zoals bedoeld (programmatrouw).

Een jaar na het afronden van de trainingen is aan 1221 deelnemers een online vragenlijst toegestuurd die door 548 professionals is ingevuld. De vragenlijst was bedoeld om de mate van succesvol implementeren vast te stellen evenals de invloed van verschillende implementatiedeterminanten. Hierbij werd gebruik gemaakt van het 'Meetinstrument Determinanten van Innovatie' (MIDI) dat de impact meet van vier determinanten waarvan bekend is dat zij het succes van een implementatietraject beïnvloeden: 1. de innovatie, 2. de gebruiker, 3. de organisatie en 4. de sociaal-politieke omgeving. Op een 5 puntsschaal is gescoord in welke mate de determinant een rol speelde in de implementatie van Triple P.

3. Onderzoek naar programma-integriteit. Hierbij stond de vraag centraal in welke mate Triple P wordt uitgevoerd zoals bedoeld. Daartoe is onderzocht hoe competent



professionals zich voelen om de interventie uit te voeren en hoe zij dat in de praktijk doen. De daartoe gebruikte competentie checklist is dezelfde die ook bij de Triple P training en accreditatie-workshop wordt afgenomen. Op een 7 puntsschaal scoren professionals hoe competent zij zich voelen in de uitvoering van de verschillende onderdelen van de Triple P interventie. In een online vragenlijst over 'Wijze van Uitvoering' konden professionals vervolgens op een 3 puntsschaal noteren of ze een onderdeel nooit, soms of altijd uitvoeren. Naast de zelfrapportage door professionals zijn 27 sessies van een niveau 3 of 4 interventie op video opgenomen en door Triple P trainers geobserveerd. Dat gebeurde met behulp van een observatiechecklist waarin onderdelen van de sessie werden gescoord op kwaliteit van uitvoering. De normscore werd vooraf gesteld op 80% van het aantal punten dat een professional per onderdeel kan halen. Dit komt overeen met de eisen die aan professionals tijdens de accreditatie workshop worden gesteld. De observatoren gaven daarnaast een score voor een aantal uitvoeringsaspecten die gedurende de hele interventie belangrijk zijn, zoals: 'Hanteert duidelijke structuur', 'Gaaf effectief om met beschikbare tijd' of 'Stimuleert ouder om zelf oplossingen te bedenken'.

### C. Resultaten en conclusie

*Deelonderzoek 1:* De programmacoördinatoren zijn van mening dat het ontwikkelde implementatiemodel een meerwaarde heeft en gemeenten en instellingen steun biedt bij de implementatie van multi-level programma's. Projectcoördinatoren zien het belang van de in het model benoemde stappen, maar zijn in wisselende mate tevreden over de uitvoering daarvan in hun eigen praktijk. Implementeren is een proces waarbij vooraf op veel aspecten nog geen zicht is. Voorafgaand aan de invoering van Triple P hadden de geïnterviewde coördinatoren meer over succesvol implementeren willen weten. Van sommige activiteiten zoals monitoring en verzameling van gegevens werd soms pas later het belang ingezien, terwijl hiermee al in een vroeg stadium gestart kan worden. Het onderzoek laat zien dat de in de projectfase uitgevoerde stappen en implementatieactiviteiten vooral effect hadden op kenmerken van de betrokken instellingen en daarmee een vruchtbare omgeving kunnen scheppen voor de uitvoering van de interventies.

*Deelonderzoek 2:* Uit de ingevulde online vragenlijst, blijkt dat 68% van de getrainden in niveau 3 Eerstelijnde interventie uitvoert. De overige 2 interventies van niveau 3 zijn op het moment van onderzoek nog in de eerste fase van de implementatie, deze zijn in Nederland namelijk later beschikbaar gekomen.

<b>Niveau Interventie</b>	<b>Aantal professionals</b>	<b>% professionals dat uitvoert</b>
Triple P Niveau 3 (0-12)	290	68 %
Triple P Niveau 3 (12-18)	75	31 %
Triple P Niveau 3 workshops	29	21%

Voor het niet uitvoeren van interventies (waaronder ook de andere interventie niveaus) worden door professionals verschillende redenen genoemd zoals: de interventie past niet bij de (huidige) functie of doelgroep; het programma is niet goed ingebed/geïmplementeerd binnen de organisatie; te weinig hulpvragen van ouders; te weinig aanmeldingen of doorverwijzingen van andere organisaties etc.

Wat betreft *completeheid* van uitvoering valt op dat er gemiddeld minder sessies worden uitgevoerd dan de interventie voorschrijft terwijl die qua opzet al heel compact is. Als

redenen worden genoemd: ouders zijn sneller geholpen of de problematiek is ernstiger waardoor de interventie eerder wordt afgebroken en ouders worden doorverwezen. Wat betreft de factoren die een succesvolle implementatie beïnvloeden zoals gemeten met de MIDI valt op dat de determinant 'gebruiker' bovengemiddeld scoort en zowel gunstige als negatieve effecten heeft. Een positieve houding van de professional ten opzichte van Triple P bevordert het vaker uitvoeren van de interventie, maar draagt ook bij aan minder programmatrouw uitvoeren. De indruk bestaat dat wanneer in een organisatie de voorwaarden aanwezig zijn om Triple P te kunnen uitvoeren zoals bedoeld, er meer interventies compleet worden afgerond. De conclusie van de onderzoekers is dat de verschillende stappen in het implementatiemodel er vermoedelijk aan bijdragen dat die voorwaarden ook daadwerkelijk worden gecreëerd.

*Deelonderzoek 3:* Professionals voelen zich voldoende competent voelen in het uitvoeren van de verschillende onderdelen van die interventie (minstens 5 op een 7 puntsschaal). Uit het observatieonderzoek blijkt echter dat dit niet vanzelfsprekend leidt tot programmatrouw uitvoeren. Bij geen enkele geobserveerde sessie, slagen professionals erin om de normscores op alle onderdelen te halen.

Het onderzoek naar programmatrouw laat zien dat professionals zich competent genoeg voelen om de interventie uit te voeren maar dat doen op hun eigen manier. De door professionals ervaren competentie strekt soms ook verder dan wat een Triple P interventie vereist en dit verklaart mogelijk ook de vrijheid die men neemt om zelf aanpassingen te doen in plaats van het programma te volgen.

De conclusie van het onderzoek is dat de professional een zeer bepalende determinant is, in het al dan niet succesvol implementeren van een interventie. Omdat er in het onderzoek geen gegevens zijn verzameld over het effect van de geboden hulp aan ouders en kinderen kan niet worden geconcludeerd of de variabele toepassing van interventies een terechte keus is. Meer specifieke aanbevelingen en mogelijkheden voor verder onderzoek worden in het rapport besproken.

### **3. A. Luijter, S. (2012). Triple P niveau 3 in Gooi en Vechtstreek in relatie tot gezinssituatie en culturele achtergrond. *Factsheet uitgebracht door GGD Gooi & Vechtstreek.***

#### B. Onderzoeksopzet

Twee belangrijke factoren die het risico op een problematische ontwikkeling van kinderen verhogen zijn eenoudergezinnen en niet-westerse gezinnen. Het doel van dit onderzoek was om te verduidelijken of Triple P vergelijkbare resultaten geeft voor twee- en eenoudergezinnen en voor westerse en niet-westerse gezinnen. Dit werd gemeten door middel van een cross-sectionele studie aangevuld met interviews van niet-westerse ouders. Voor het onderzoek kwamen alle ouders in aanmerking die in de periode 2009 tot 2012 in Gooi en Vechtstreek Triple P niveau 3 ontvingen van pedagogische adviseurs, (school) maatschappelijk werkers of jeugdverpleegkundigen. In deze periode hebben 668 de interventie ontvangen. Bij 8 ouders die de laatste 6 maanden ondersteuning hadden gehad werden semi-gestructureerde interviews afgenomen. Deze ouders waren selectief benaderd, 4 families waarbij Triple P (nog) geen verbetering had opgeleverd en 4 waarbij dit wel het geval was.

#### C. Resultaten en conclusie

Statische analyse toonde dat Triple P niveau 3 even effectief is voor eenoudergezinnen als tweeoudergezinnen en dezelfde resultaten geeft bij gezinnen met diverse culturele achtergrond. Er werd een tendens gezien dat eenoudergezinnen met jongens minder kans maakten op een positief resultaat, terwijl eenoudergezinnen met meisjes meer kans

hadden op succes.

De interviews maakten duidelijk dat alle moeders een beter gevoel hadden voer de opvoeding, zij wisten beter om te gaan met de moeilijk momenten en voelden zich zekerder. Het werd als zinvol ervaren dat de DVD's, tipsheets en gesprekken in verschillende talen waren aangeboden. Onder deze voorwaarde was hun mening dat cultuur geen verschil maakt; Triple P kan algemeen worden ingezet voor elke ouder uit idere cultuur. Volgens sommige moeders komt dit ook om dat het programma op maat wordt uitgevoerd in de vorm van een persoonlijk actieplan.

Aanbevelingen voor professionals die werken met Triple P zijn:

- Wees alert op problemen die gerelateerd kunnen zijn aan het geslacht van het kind
- Versterk ouders met een mild/ toegeeflijk karakter
- Stimuleer de betrokkenheid van beide ouders bij de opvoedondersteuning
- Moedig het gebruik van sociale steun aan
- Deze strategieën kunnen gunstig zijn voor alle ouders, ongeacht hun familiesituatie of culturele herkomst

#### **4. A. Distelbrink, M., Essayah, Q., van Heerebeek, M., Ketner, S., Winkelman, C. (2011). *Triple-P Divers, ervaringen met een opvoedprogramma in veelkleurig Amsterdam.***

##### B. Onderzoeksopzet

Dit onderzoek richtte zich op het bereik en de toepasbaarheid van Triple P voor niet-westerse migrantenouders in Amsterdam. Er vond een bereikanalyse plaats op basis van de verzamelde gegevens over het aantal uitgevoerde Triple P interventies in 2009 en de eerste helft van 2010. Daarnaast is een kwalitatief onderzoek uitgevoerd om de diversiteitsgevoeligheid van Triple P te kunnen bepalen. Hierbij is o.a. gebruik gemaakt van de 'meetladder diversiteit', een checklist met aandachtspunten waar een interventie aan moet voldoen om geschikt te zijn voor verschillende etnische doelgroepen (Pels, Distelbrink & Tan, 2010). Verder zijn er individuele en groeps gesprekken gevoerd met 32 ouders (vooral moeders) van verschillende etniciteit. Het betrof een groep ouders van jonge kinderen (0 tot 12 jaar) uit verschillende Amsterdamse stadsdelen die Triple P op niveau 3 (individueel advies) en/of op niveau 4 (de oudercursus) hadden gevolgd. Daarnaast zijn in de vorm van een groepsinterview 53 ervaren Triple P-uitvoerders bevraagd waarvan een derde zelf een niet-westerse achtergrond had.

##### C. Resultaten en conclusie

Uit de verzamelde gegevens blijkt dat de doelgroep goed wordt bereikt, gezien het feit dat 54% van het totale aanbod van Triple P in Amsterdam is afgenomen door migrantenouders. Dat komt overeen met het percentage Amsterdamse kinderen van 0 tot 12 jaar met een niet-westerse achtergrond. Het bereik van de verschillende etnische groepen was tamelijk evenredig. Zo zijn er bijvoorbeeld naar verhouding veel Marokkaanse ouders bereikt, wat ook een grote bevolkingsgroep is in Amsterdam. Niet bekend is wat het opleidingsniveau is van de bereikte ouders en of het programma ook aansluit bij een laagopgeleide doelgroep.

De toeleiding naar het Triple P aanbod, is het meest succesvol als dat op een informele manier plaatsvindt op plekken waar ouders toch al komen zoals bijvoorbeeld de school. Wat opvalt is dat ouders vaak meerdere niveaus doorlopen, dus eerst inhaken op een lichte interventie en daarna doorstromen naar bijvoorbeeld de oudercursus. De geïnterviewde beroepskrachten en ouders beoordelen Triple P over het algemeen positief. Ouders rapporteren dat ze dankzij de gevolgde oudercursus sterker in hun schoenen staan en ongeacht hun afkomst mee konden doen met het programma. Hoewel ouders het programma soms wel als Westers ervaren, zien ze dat niet als bezwaar. Ze willen juist

leren over de Nederlandse cultuur en hoe ze hun kind daarin kunnen opvoeden. Wel is er bij zowel ouders als beroepskrachten behoefte aan aanvullende thema's zoals: opvoeden in twee culturen, echtscheiding, rolverdeling vader en moeder, migratiegeschiedenis, seksualiteit, sekse specifieke opvoeding, fysieke straf, omgaan met discriminatie, omgaan met (schoon)familie etc.

Voor de meeste ouders maakt het niet uit welke achtergrond de beroepskracht heeft, als deze maar deskundig en ervaren is. Een aantal beroepskrachten zegt meer handvatten te willen hebben over hoe om te gaan met diversiteit in de groep. Het aanwezig zijn van pedagogisch adviseurs die de taal van de doelgroep spreken is een pluspunt om de doelgroep ouders te bereiken en vast te houden. In Amsterdam is de oudercursus ook in het Arabisch aangeboden.

Het taalgebruik in de Triple P-programmamaterialen bij de oudercursus is soms te moeilijk voor laagopgeleide ouders en het ligt aan de hoge kant. Meer of langere bijeenkomsten zouden goed zijn of meer tijd tussen de bijeenkomsten zodat ouders de kans krijgen om thuis te oefenen met de nieuw verworven vaardigheden. Het onderzoek ondersteunt - met enkele aanbevelingen voor verbetering - de implementatie van de Triple P-oudercursus in Amsterdam.

Van het onderzoek is een samenvattende brochure gemaakt voor beroepskrachten: **Triple P Divers: nog beter aansluiten bij migrantenouders.**

[http://www.verwey-jonker.nl/doc/kenniswerkplaats/Brochure%20Triple%20P\\_16p\\_def.pdf](http://www.verwey-jonker.nl/doc/kenniswerkplaats/Brochure%20Triple%20P_16p_def.pdf)

### **5. A. Linden, van der, D., Reitsma, A., Graaf, de, I. (2011). Monitor Triple P 2010 Stadsregio Amsterdam.**

#### B. Onderzoeksopzet

Met behulp van een digitale Monitor Triple P, ontwikkeld door het Trimbos Instituut, worden de resultaten van Triple P interventies op cliënttevredenheid, kindgedrag, opvoedingsvaardigheden en opvoedcompetenties van ouders gemeten. Deze resultaten zijn uitgebracht in een factsheet, waarin alleen de significante verschillen gepresenteerd worden tussen scores vooraf aan de Triple P interventie in vergelijking met de scores na afloop.

#### C. Resultaten en conclusie

De resultaten van 351 interventies op niveau 3 worden in de factsheet gepresenteerd. Ouders zijn over het algemeen (zeer) tevreden over de Triple P interventie die zij hebben gevolgd. Daarnaast is er een middelgrote afname van ervaren problemen gevonden in de dagelijkse opvoedsituatie na het volgen van niveau 3. Ouders rapporteren direct na afloop van Triple P niveau 3 dat zij de opvoedsituatie als meer positief ervaren vergeleken met de opvoedsituatie bij aanvang van de interventie. Dit was een groot effect.

## **4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten**

### **Overzicht Nederlands onderzoek naar Triple P Niveau 3**

#### **Publicatie 1.1**

- a) **Helping Families improve: an evaluation of two primary care approaches to parenting support in the Netherlands.** De Graaf, I., Onrust, S., Haverman, M., Janssens, J. (2009). *Infant and Child Development*, Volume 18, Issue 6.
- b) In 2006 was Triple P Eerstelijns was geïmplementeerd en geëvalueerd in twee regio's in Nederland. Ouders in deze regio werden gevraagd om deel te nemen aan dit onderzoeksproject door professionals die getraind waren in Triple P Eerstelijns. De reguliere Nederlandse eerstelijns opvoedconsultaties werden gemonitord in vergelijkbare regio's en in vergelijkbare organisaties waarbij de professionals niet in

Triple P getraind waren. Ouders van deze organisaties werden gevraagd om dezelfde vragenlijsten in te vullen als de ouders die een Triple P interventie deden. Gedurende 1 jaar werden 189 ouders benaderd waarvan er 129 meededen, 42 ontvingen reguliere zorg en 87 ontvingen Triple P Eerstelijns. Na afloop van de interventie vulden 42 ouders van de controlegroep de vragenlijsten in en 75 ouders uit de interventiegroep. Na 3 maanden vond een follow-up plaats, de vragenlijsten werden daarbij door 25 ouders uit de controlegroep en 62 ouders uit de interventiegroep ingevuld.

- c) Bij zowel de reguliere zorg als Triple P Eerstelijns worden significante afnames in gerapporteerde emotionele en gedragsproblemen van kinderen gevonden, die ook bij de follow-up na 3 maanden in stand blijven. Bij beide groepen verbeterde de opvoedstijl ook significant, zowel bij de nameting als bij de follow-up. In vergelijking met de reguliere zorg, wordt bij de Triple P interventie een significant grotere verbetering gevonden in opvoedingsstijl dan bij de reguliere zorg, hierbij worden medium effectmaten ( $d=0,59$ ) gevonden. Met name de afname in toegeeflijkheid van ouders en totaal disfunctioneren. Tevens wordt een significante verbetering in totale opvoedcompetentie zowel bij post-test als bij follow-up gevonden.

### **Publicatie 2.1**

- a) **Basiszorg Triple P voor ouders van tieners. Evaluatie van de implementatie van de eerste effecten van Basiszorg Triple P.** De Graaf, I., Schulten, I., Verdurmen, J. (2011). *Utrecht: Trimbos Instituut.*
- b) Effectmeting met een pre-post design met als doel de effecten te bepalen van Triple P Eerstelijns Tieners op het probleemgedrag van de tiener, opvoedvaardigheden en competenties van de ouders. Daarnaast zijn aan ouders vragen gesteld over de kennis over middelengebruik, over de kwaliteit van de communicatie over middelengebruik, over eigen effectiviteit bij alcohol, roken en drugs. Alle metingen zijn gedaan met behulp van gevalideerde vragenlijsten. In totaal hebben 147 ouders de voormeting en 112 ouders de nameting ingevuld.
- c) Er is een significante afname van (klinische) emotionele- en gedragsproblemen van de tieners (kleine effectmaten,  $d=0,2 - 0,25$ ). Ook is een verbetering te zien van de opvoedingsstijlen toegeeflijkheid (medium effectgrootte  $d= 0,34$ ) en overreageren (medium effectmaat  $d= 0,48$ ). Tevens neemt de tevredenheid en de eigen effectiviteit over de opvoeding toe. Er werden geen verschillen gevonden in effecten wat betreft geslacht kind, opleiding ouder, culturele afkomst. Dat betekent dat Triple P Eerstelijns Tieners bij diverse groepen ouders kan worden ingezet.  
Een groot deel (68%) van de beroepskrachten geeft aan dat het (gedeeltelijk) moeilijk is om de interventie precies zo uit te voeren zoals het in de handleidingen staat. De meesten (80%) maken ook inhoudelijke aanpassingen wanneer ze dat nodig vinden. Er is een significante afname van het middelengebruik van de jongeren (alcohol, roken en drugs). De kwaliteit van de communicatie tussen ouders en hun kinderen over alcoholgebruik is significant verbeterd en ouders hebben meer het gevoel dat het stellen van regels ten aanzien van het roken van hun tiener zin heeft. Tot slot zijn ouders positief over de ondersteuning en de Triple P aanpak.  
Een opvallend resultaat is dat bijna een kwart van de deelnemende ouders voorafgaand aan de interventie in het klinisch gebied scoorden wat betreft probleemgedrag van de jongeren en hun eigen opvoedingsstijl. Deze ouders scoorden achteraf een significante afname van deze problematiek (grote effectmaten,  $d=0,68 - 0,90$ ). Dat betekent dat deze kortdurende interventie ook geschikt kan zijn voor ouders van tieners met ernstigere problemen, die vaak intensievere hulpverlening ontvangen.

### Publicatie 3.1

- a) **Brief parenting intervention for parents of NICU graduates: a randomized, clinical trial of Primary Care Triple P.** Schappin, R., Wijnroks, L., Uniken Venema, M., Wijnberg-Williams, B., Veenstra, R., Koopman-Esseboom, C., Mulder- De Tollenaer, S., Van der Tweel, I. & Jongmans, M. (2013). *BMC Pediatrics*, 13, 69.
- b) Pragmatisch, open randomized controlled trial onder 67 kinderen tussen de 2 en 5 jaar oud, die direct na hun geboorte op de neonatale intensive care unit hadden gelegen. Te vroeg geboren kinderen en kinderen met ademhalingsproblemen die neonatale intensieve zorg hebben gekregen hebben vaker emotionele en gedragsproblemen dan aterm geboren kinderen zonder medische conditie. Het doel van deze studie was om te onderzoeken of reguliere opvoedinterventies, zoals Triple P, effectief zijn in het verminderen van emotionele en gedragsproblemen bij deze risicovolle groep. 1117 Kinderen werden benaderd voor screening, de ouders van 492 kinderen stemden hier mee in. Hiervan voldeden 106 kinderen aan de inclusiecriteria en werden uiteindelijk de ouders van 67 kinderen random verdeeld, 34 in de interventiegroep en 33 in de controlegroep. Er werden vragenlijsten afgenomen bij de ouders (grotendeels moeders). De interventie werd uitgevoerd door professionals die net getraind waren in Triple P niveau 3 en nog geen ervaring hadden met de uitvoer van deze interventie.
- c) De primaire uitkomstmaten waren emotionele en gedragsproblemen bij kinderen, gemeten met de CBCL en de Eyberg Child Behaviour Inventory. Er werd na 6 maanden een significante afname van emotionele en gedragsproblemen vanaf de baseline meting gevonden voor zowel de Triple P interventie groep en de wachtlijst controle groep. Er werd geen significant verschil gevonden tussen de interventie en de controlegroep. Ook voor de secundaire uitkomstmaten, emotionele en gedragsproblemen gerapporteerd door leerkrachten en ouderlijke stress werden geen verschillen tussen beide groepen gevonden. Ouderlijke stress nam in beide groepen significant af en de leerkrachten rapporteerden geen verschil in gedrags- en emotionele problemen in beide groepen. In de publicatie wordt gesteld dat ouders van de controlegroep geen interventie krijgen, het is echter niet duidelijk welk aanbod ze krijgen. Er wordt gerapporteerd dat 1 ouderpaar uitvalt in de controlegroep omdat ze geen vrij van hun werk krijgen, dit suggereert dat er contactmomenten zijn gedurende de gemeten 6 maanden. Onderzoekers geven zelf aan dat de Triple P niveau 3 interventie te licht is voor deze doelgroep, niveau 4 is de meest geïndiceerde interventie voor kinderen met emotionele en gedragsproblemen. Ook stellen ze dat er sprake kan zijn van het Hawthorn effect, waarbij er een afname van problemen is doordat er wordt deelgenomen aan onderzoek. Ook geven de onderzoekers aan dat ze voor dit onderzoek actief ouders benaderd hebben, terwijl in de dagelijkse praktijk van Triple P niveau 3 ouders zelf met vragen over het gedrag van hun kind komen. Hierdoor is mogelijk een andere groep ouders onderzocht dan de ouders die in de dagelijkse praktijk gebruik maken van Triple P niveau 3.

### Publicatie 3.2

- a) **Primary Care Triple P for parents of NICU graduates with behavioral problems: a randomized, clinical trial using observations of parent-child interaction.** Schappin, R., Wijnroks, L., Uniken Venema, M., Wijnberg-Williams, B., Veenstra, R., Koopman-Esseboom, C., Mulder- De Tollenaer, S., Van der Tweel, I. & Jongmans, M. (2014). *BMC Pediatrics*, 14, 305.
- b) Pragmatisch, open randomized controlled trial onder 67 kinderen tussen de 2 en 5 jaar oud, die direct na hun geboorte op de neonatale intensive care unit hadden gelegen. Te vroeg geboren kinderen en kinderen met ademhalingsproblemen die neonatale intensieve zorg hebben gekregen hebben vaker emotionele en gedragsproblemen dan aterm geboren kinderen zonder medische conditie. Het doel van deze studie was om te

onderzoeken Triple P niveau 3 effectief is in het verbeteren van de ouder-kind interactie en het gebruik van de getrainde opvoedvaardigheden bij deze risicovolle groep. 1117 Kinderen werden benaderd voor screening, de ouders van 492 kinderen stemden hier mee in. Hiervan voldeden 106 kinderen aan de inclusiecriteria en werden uiteindelijk de ouders van 67 kinderen random verdeeld, 34 in de interventiegroep en 33 in de controlegroep. Ouders (grotendeels moeders) werden geobserveerd samen met hun kinderen. Dit gebeurde bij de baseline meting, direct na de interventie (ongeveer na 2 maanden), bij 6 maanden en bij 12 maanden. Na 6 maanden kreeg de controlegroep echter de mogelijkheid tot opvoedondersteuning, waardoor de gevonden effecten tussen 6 en 12 maanden niet direct te herleiden zijn naar een interventie.

- c) Er wordt geen significant verschil gevonden tussen de interacties van ouders en kinderen van de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep.. Uit het kwalitatieve scoringssysteem blijkt echter wel een significant verschil tussen zelfvertrouwen van ouders van de interventie en de wachtlijstcontrolegroep. De onderzoekers stellen dat door het gebrek aan interactie effect tussen de interventie en tijd van de meting, dit verschil niet aan Triple P Eerstelijns toegeschreven kan worden. Er was ook significante variatie tussen ouder en kind in het niveau van kwaliteit van ouder-kind interactie. De onderzoekers stellen dat Triple P Eerstelijns gericht is op de algemene populatie en bedoeld is voor lichte problemen. Voor deze doelgroep van ex NICU patiëntjes is dit waarschijnlijk niet voldoende. Ouders van deze kinderen hebben baat bij de doelen van Triple P om de kennis, vaardigheden en het vertrouwen van ouders te vergroten, maar dit is waarschijnlijk niet voldoende voor hen om te kunnen omgaan met stress en zelfregulatie. Bovendien is de interactie tussen ouders en kinderen is niet een effect dat Triple P Eerstelijns tot doel stelt.

#### **Publicatie 4.1**

- a) **Effectiveness of Primary Care Triple P on child psychosocial problems in preventive child healthcare: a randomized controlled trial.** Spijkers, W., Jansen, D.E., Reijneveld, S.A. (2013). *BMC Medicine*, 11, 240.
- b) Met behulp van een multicenter, randomized controlled trial in de jeugdgezondheidszorg werd de effectiviteit van Triple P Eerstelijns bepaald. Ouders van kinderen tussen de 9 en 11 jaar werden gescreend met behulp van de SDQ vragenlijst en benaderd om mee te doen aan het onderzoek als er sprake was van milde psychosociale problemen (score 11 of hoger). Triple P Eerstelijns werd vergeleken met de reguliere zorg en de effecten werden direct na de interventie gemeten. Er was een follow-up na 6 en 12 maanden. Er werden 81 gezinnen geworven en gerandomiseerd, van 67 gezinnen zijn er post-interventie gegevens. Om een power van 80% bij  $p < 0,05$  te halen, waren er 128 gezinnen nodig (64 in elke groep). Dat is in deze studie niet gehaald, dit kan de externe validiteit van dit onderzoek beïnvloeden. De resultaten zijn dan ook niet generaliseerbaar naar de algemene populatie van ouders en kinderen die door middel van screenen worden gerecruteerd. De primaire uitkomstmaat van deze studie was de aanwezigheid van psychosociale problemen bij kinderen en de secundaire uitkomstmaat was opvoedingsgedrag en opvoedstress. Deze maten werden bepaald met behulp van vragenlijsten die door ouders ingevuld werden.
- c) Er was sprake van een significante vermindering van emotionele en gedragsproblemen van kinderen (gemeten met de SDQ en de Eyberg Child Behaviour inventory (ECBI) bij de Triple P Eerstelijns groep en bij de Care as usual groep. Gedetailleerde analyses van de SDQ en de ECBI syndroom schalen toonden een significante afname van de schaal gedragsproblemen, gemeten met de SDQ, van de Triple P Eerstelijns groep aan ( $p < 0,05$ ) bij de meting na 6 en 12 maanden na de interventie. In het artikel wordt niets vermeld over de verbeteringen op de andere meetinstrumenten, zoals de ECBI. Ook de opvoedingsstijl van ouders verbeterde significant meer in de gezinnen die de Triple P Eerstelijns interventie hadden gekregen. Er werden in dit onderzoek minder deelnemers

geworven dan volgens de poweranalyse noodzakelijk was. Dit kleiner aantal deelnemers verkleint de kans op het vinden van een significant klinisch effect van Triple P Eerstelijns (Spijkers, 2015).

De Triple P interventie in dit onderzoek is niet helemaal uitgevoerd zoals beschreven. Triple P Eerstelijns bestaat uit 3 tot 4 sessies. Het aantal sessies in dit onderzoek varieerde van 1 tot 4. De interventie werd beëindigd als ouders aangaven dat de ondersteuning voor hen voldoende was. Het kan zijn dat hierdoor de interventie minder effectief was. Ook geven de onderzoekers aan dat ze voor dit onderzoek actief ouders benaderd hebben, terwijl in de dagelijkse praktijk van Triple P niveau 3 ouders zelf met vragen over het gedrag van hun kind komen. Hierdoor is mogelijk een andere groep ouders onderzocht dan de ouders die in de dagelijkse praktijk gebruik maken van Triple P niveau 3. De onderzoeker (Spijkers, 2015) stelt dat de implementatie van Triple P Eerstelijns gerechtvaardigd kan worden omdat het kan bijdragen aan een uniforme aanpak naar ouders van kinderen met psychosociale problemen wat uiteindelijk tot betere resultaten van de geleverde zorg kan leiden.

### Overzicht Internationaal onderzoek naar Triple P Niveau 3

#### Publicatie 5.1

- a) **Dealing with Disobedience: An Evaluation of a Brief Parenting Intervention for Young Children Showing Noncompliant Behavior Problems.** Dittman, C. K., Farruggia, S. P., Keown, L. J., & Sanders, M. R. (2016). *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 102-112.
- b) In deze randomized controlled trial werden ouders gerandomiseerd toegewezen aan de interventie of de wachtlijstcontrolegroep. Ouders in de interventiegroep deden mee aan een workshop over ongehoorzaamheid. Ouders in de studie hadden kinderen tussen de 3 en 5 jaar en hadden zorgen over het ongehoorzame gedrag van hun kind. Er deden 85 ouders mee, 45 in de interventiegroep en 40 in de wachtlijstcontrolegroep. Voorafgaand aan de interventie, direct na de interventie en na 6 maanden werden vragenlijsten bij ouders afgenomen over het gedrag van het kind, zelfvertrouwen van ouders, welbevinden en relatie van ouders en tevredenheid met de interventie. Er was minimale uitval op ieder meetmoment, minder dan 5%.
- c) Ouders in de interventiegroep rapporteren significante verbeteringen in het gedrag van hun kind (grote effectmaten ( $d=0,86$ )), significante afname van ineffectieve opvoedstijlen en significante toename van competentie van ouders (medium tot grote effectmaten,  $d$  tussen 0,52 en 0,69). Al deze effecten hielden stand en waren ook nog zichtbaar bij de follow-up bij 6 maanden. De verbeteringen in kindgedrag en opvoeding waren ook klinisch significant. Er werden direct na de interventie geen significante effecten gevonden voor welbevinden en de relatie van ouders, bij de follow-up 6 maanden later rapporteerden ouders echter wel significante verbeteringen in welbevinden groot effect,  $d = 0,60$ ). De tevredenheidsvragenlijst werd slechts door 25 van de 45 ouders uit de interventiegroep ingevuld. Ze gaven aan redelijk tevreden te zijn met de interventie en 84% van de ouders vond de workshop goed of uitstekend.

#### Publicatie 6.1

- a) **The Triple P- Positive Parenting Programme: the effectiveness of group Triple P and brief parent discussion group in school settings in Hong Kong.** Chung, S., Leung, C., Sanders, M. (2015). *Journal of Children's services*, Vol. 10 No. 4 2015, pp. 339-352.
- b) In deze randomized clinical trial met 3 groepen werd onderzocht of Triple P niveau 4 Oudercursus effectiever is dan Triple P niveau 3 Workshops in het verminderen van gedragsproblemen van kinderen en opvoedstress. Tevens werd gekeken of beide interventies effectiever zijn dan de wachtlijst controlegroep. De interventies van Triple P



zijn gestandaardiseerd, het gaat hierbij om dezelfde interventies als wij in Nederland uitvoeren.

Er deden 91 ouders mee aan het onderzoek. Voorafgaand aan de interventie is er data verzameld van 30 ouders die Triple P niveau 4 oudercursus volgden, 30 ouders die niveau 3 workshops volgden en 31 ouders in de wachtlijstcontrolegroep. Na de interventie is data verzameld van 26 ouders uit de niveau 4 groep, 27 ouders in de niveau 3 groep en 31 ouders in de wachtlijstcontrolegroep.

De effecten werden onderzocht met behulp van 2 vragenlijsten, ingevuld door ouders.

- c) Bij de resultaten worden hier de resultaten gerapporteerd van de Triple P niveau 3 workshops interventie. Als gekeken wordt naar de data van de ouders die zowel vooraf als achteraf de vragenlijsten hebben ingevuld, wordt een significant effect gevonden op gedragsproblemen van kinderen, waarbij de ouders die Triple P niveau 3 Workshops hebben gevolgd significant minder problemen ervaren (klein effect,  $d=0,29$ ). Er werd geen verschil gevonden in opvoedstress die ouders ervaren.

De onderzoekers geven aan dat Triple P niveau 3 workshops een potentieel effectieve algemene preventieve strategie zou zijn. Er is een groot potentieel om dit binnen scholen aan te bieden om alle ouders te ondersteunen om de ontwikkeling van hun kind te stimuleren.

### **Publicatie 7.1**

- a) **A Pilot Randomized Controlled Trial of a Brief Parenting Intervention in Low-Resource Settings in Panama.** Mejia, A., Calam, R., & Sanders, M. R. (2015). *Prevention Science*.
- b) In deze randomized controlled trial werden 108 ouders van kinderen tussen de 3 en 12 jaar oud verdeeld over een interventie en een controlegroep. De interventiegroep kreeg de Triple P niveau 3 workshop 'leren luisteren' over omgaan met ongehoorzaamheid, de controlegroep kreeg geen interventie. Er werden vragenlijsten afgenomen voor de interventie en 2 weken, 3 maanden en 6 maanden na de interventie. De primaire uitkomstmaat was gedrag van het kind, secundaire uitkomstmaten waren stress bij ouders en opvoedstijlen. Aan de interventie deden uiteindelijk 46 ouders mee (85,1%) en de uitval aan het einde van de 6 maanden, was 35% van de interventiegroep en 24% van de controlegroep.
- c) Er werden significante effecten gevonden in de interventiegroep op kindgedrag, waarbij ouders aangaven significant minder gedragsproblemen van hun kinderen te ervaren dan de controlegroep (medium effectmaat  $d=0,52$ ). De gedragsproblemen bleven na de interventie afnemen, waarbij bij de follow-up met 6 maanden een grote effectmaat werd gevonden ( $d= 1,09$ ). Ook gaven ouders aan significante minder stress te ervaren (effectmaten toenemend van medium  $d=0,32$  tot groot  $d=0,61$ ) en minder disfunctionele opvoedingsstijlen te hanteren. Met name de vijandigheid (verbale agressie) nam significant af na de interventie en bij de follow-up. Deze studie toont de effectiviteit aan van een korte interventie bij hoog-risico gezinnen in Panama. Effecten worden gevonden bij een cultureel diverse groep met lage SES op problematisch gedrag van kinderen, stress van ouders en negatieve opvoedstijlen.

### **Publicatie 8.1**

- a) **Hassle Free Mealtimes Triple P: A randomised controlled trial of a brief parenting group for childhood mealtime difficulties.** Morawska, A., Adamson, M., Hinchliffe, K., & Adams, T. (2014). *Behaviour Research and Therapy*, 53, 1-9
- b) In deze randomized controlled trial wordt de effectiviteit van de Triple P niveau 3 workshop "Hassle free mealtimes" onderzocht. Deze workshop is (nog) niet beschikbaar in Nederland, maar de opzet, de strategieën en aanpak is identiek aan de overige workshops. Alleen het onderwerp is afwijkend. Het onderzoek is gehouden onder 86 Australische ouders van kinderen tussen de 2 en 5 jaar oud. Voor en na de interventie

en 6 maanden na afloop van de interventie wordt met behulp van vragenlijsten gemeten of het eetgedrag van kinderen veranderd is en of ouders competenter zijn geworden en effectiever opvoeden. Na de interventie vulden 86% van de ouders de vragenlijsten in en bij de follow-up vulden 59% van de ouders de vragenlijsten in.

- c) Direct na afloop van de 2 uur durende workshop waren er significante verbeteringen met grote effectmaten ( $d=0,77 - 1,03$ ) in het eetgedrag van kinderen, aanpak van het eetgedrag door ouders en cognities van ouders en zowel vertrouwen van ouders in het omgaan met het eetgedrag als algemeen vertrouwen in opvoedvaardigheden ten opzichte van de controlegroep. Deze effecten blijven ook zichtbaar bij de follow-up 6 maanden na de interventie.

### **Publicatie 9.1**

- a) **Evaluation of a Brief Parenting Discussion Group for Parents of Young Children.** Morawska, A., Haslam, D., Milne, D., Sanders, M.R. (2011). *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 32(2):136-145.
- b) Randomized controlled trial, waarbij 67 ouders random aan de Triple P niveau 3 workshops interventie of de wachtlijstcontrolegroep werden toegewezen. De interventie bestond uit een gestandaardiseerde, 2 uur durende workshop over leren luisteren. De uitvoering van deze interventie is hetzelfde als de Nederlandse interventie, met dezelfde materialen, video-beelden en oefeningen. Deze ouders hadden kinderen tussen de 2 en 5 jaar en ze woonden in de buurt van Brisbane, Australië. De effecten van de interventie werden gemeten met vragenlijsten. Het doel van de interventie is om gedragsproblemen van kinderen, disfunctionele opvoedstijlen van ouders te verminderen, effectiviteit van ouders en hechting tussen ouder en kind en de opvoedervaring te verbeteren. Na afloop van de interventie vulden 55 ouders de vragenlijsten in, van elke groep vulden 6 ouders de vragenlijsten na afloop niet in.
- c) Ouders die Triple P niveau 3 Workshops hadden gevolgd gaven significant minder gedragsproblemen van hun kinderen aan dan ouders in de controle groep (groot effect,  $d= 1.07$ ). Ouders waren na de interventie ook significant minder geneigd om disfunctionele opvoedstijlen te gebruiken (medium tot grote effecten,  $d= 0,51- d=0,60$ ) en voelden zich zekerder om met bepaald gedrag om te gaan in vergelijking met de controlegroep (groot effect,  $d=1,0$ ). Tevens gaven ouders in de interventiegroep aan een significant verbeterde relatie met hun partner te hebben, maar er was geen verschil in opvoedbeleving in vergelijking met de controlegroep. Er was geen verschil in hun beleving van hechting. Tot slot schreven significant meer ouders in de interventiegroep de verbeteringen in het gedrag van hun kind toe aan de verbetering in de opvoeding, in vergelijking met de controlegroep. Ze waren ook zeer tevreden over het programma. Deze effecten houden ook op lange termijn, bij de 6 maanden follow-up aan. De interventie werd uitgevoerd volgens gestandaardiseerde, internationale behandelprotocollen. Elke professional vulde na de interventie een checklist in, hieruit bleek dat alle inhoud behandeld was in elke sessie. De werving van ouders was gericht op ouders met kinderen met milde gedragsproblemen, in de praktijk werd echter ernstige gedragsproblemen gerapporteerd. Ondanks dat, bleek deze korte interventie toch effectief in het verminderen van de gedragsproblemen.

### **Publicatie 10.1**

- a) **Reducing Preschoolers' Disruptive Behavior in Public with a Brief Parent Discussion Group.** Joachim, S., Sanders, M.R., Turner, K.M.T. (2010). *Child Psychiatry & Human Development*, 41(1), 47-60.
- b) Randomized controlled trial, waarbij 46 ouders van kinderen tussen de 2 en 6 jaar random aan de Triple P niveau 3 workshops interventie of de wachtlijstcontrolegroep werden toegewezen. De interventie bestond uit een gestandaardiseerde, 2 uur durende

workshop waarin ouders strategieën leerden om te kunnen omgaan met storend gedrag van kinderen tijdens het boodschappen doen. De uitvoering van deze interventie is hetzelfde als de Nederlandse interventie, met dezelfde materialen, video-beelden en oefeningen. Het doel van de studie was om te onderzoeken of na de interventie er minder gedragsproblemen van kinderen waren, een toename van zelfvertrouwen van de ouders was, afname van disfunctionele opvoedpraktijken, minder conflicten tussen ouders en minder stress, angst en depressie van ouders. De effecten van de interventie werden gemeten met vragenlijsten. Na afloop van de interventie vulden 40 ouders de vragenlijsten in, 22 in de interventiegroep en 18 in de controlegroep.

- c) Ouders die deelgenomen hadden aan Triple P niveau 3 workshops gaven aan dat hun kinderen significant minder storend gedrag vertoonden (groot effect,  $d=0,92$ ), minder gedragsproblemen tijdens het winkelen (groot effect,  $d=1,07$ ), ze gebruikten zelf significant minder ineffectieve opvoedstrategieën (groot effect,  $d=0,72$ ) en ze hadden significant meer vertrouwen in het omgaan met het probleemgedrag van hun kinderen (groot effect,  $d=1,26$ ). Deze effecten werden niet gevonden bij de wachtlijstcontrolegroep. De verbeteringen van de interventiegroep hielden ook na 6 maanden stand. Er werd echter geen effect gevonden op ouderlijke conflicten, stress, angst en depressies van ouders. Dit kan komen door het vloereffect, minder dan 36% van de ouders van de interventiegroep had voorafgaand problemen op dit gebied. Op basis van deze bevindingen kunnen Triple P workshops voor ouders het gedrag van kinderen en de opvoedvariabelen die de ontwikkeling en instandhouding van gedragsproblemen veroorzaken, verbeteren.

#### **Publicatie 11.1**

- a) **The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support.** Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). *Clinical Psychology Review*, 34, 337-357.
- b) In een systematische review en meta-analyse werden de effecten onderzocht van het multilevel Triple P-Programma voor Positief opvoeden op een brede range van kind-, ouder- en gezinsuitkomsten. Multiple onderzoekstrategieën identificeerden 116 beschikbare studies uitgevoerd over een periode van 33 jaar waarbij 101 studies over in totaal 16.099 betrokken gezinnen een kwantitatieve analyse betroffen.
- c) Met behulp van moderator analyses werd vastgesteld dat onderzoeksbenadering en -power, Triple P niveau en kindproblematiek voorafgaand aan de interventie, significante effecten opleverde in multiple moderator modellen wanneer andere significante moderators werden gecontroleerd. Er werden significante verbeteringen geconstateerd op kernuitkomsten van de interventie (sociaal-emotionele ontwikkeling en gedrag kind; opvoedgedrag en competentiegevoel van ouders) onafhankelijk van welke aanbiedingsvorm werd ingezet. Gecombineerd met de positieve resultaten van interventies op de overige niveaus van het Triple P programma, bieden de uitkomsten empirische steun voor een mix van universele en geïndiceerde interventies om het welbevinden van ouders en kinderen te bevorderen (Sanders et al., 2014).

#### **Publicatie 12.1**

- a) **Help when it's needed first: a controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting.** Turner, K. M., & Sanders, M. R. (2006). *Behavior therapy*, 37(2), 131-142.
- b) In deze randomized controlled trial worden de effecten van Triple P niveau 3 individueel (3 of 4 korte sessies) onderzocht bij 30 gezinnen in Australië met kinderen tussen de 2 en 6 jaar oud. Ouders die zich melden bij de jeugdgezondheidszorg met vragen over het gedrag of de ontwikkeling van hun kind, worden per toeval toebedeeld aan de interventiegroep of de wachtlijstcontrolegroep. De effecten van de interventie worden gemeten met behulp van vragenlijsten over kind- en opvoedgedrag. Na 6 maanden vond een follow-up meting plaats bij de interventiegroep. Na afloop van de interventie

- vulden 83% van de ouders de vragenlijsten in en bij 6 maanden vulden alle overgebleven ouders de vragenlijsten in.
- c) Ouders die de Triple P niveau 3 interventie hadden gevolgd gaven aan significant minder gedragsproblemen van kinderen aan, minder dysfunctionele opvoedpatronen en een afname van angst en stress bij ouders in vergelijking met de wachtlijstcontrolegroep. Ook waren moeders in de interventiegroep meer tevreden over hun opvoedrol dan de controlegroep. Deze effecten bleven grotendeels aan bij de 6 maanden follow-up meting. Ouders waren zeer tevreden over de interventie.

Onderzoek	Doelgroep	Variant Triple P	Uitvoering (programma-integriteit)
1. De Graaf et al. (2009)	Ouders van kinderen van 0 tot 12 jaar, gemiddelde leeftijd onderzoeksgroep: 6,2 jaar. Deze doelgroep komt overeen met een deel van de doelgroep van Triple P Eerstelij, ouders van tieners zijn hier niet in meegenomen.	Triple P Eerstelij, 0 tot 12 jaar, individueel	Weinig informatie beschikbaar over of de interventie uitgevoerd is zoals bedoeld. Triple P Eerstelij bestaat uit 4 sessies van ongeveer 30 minuten. Het gemiddeld aantal uitgevoerde sessies was 3.4 (range 1 tot 5 sessies) met een gemiddelde duur van 47 minuten. De professionals in de Triple P Groep hadden geen pedagogische opleiding terwijl de professionals in de care-as-usual groep dit wel hadden.
2. De Graaf et al. (2011)	Ouders van kinderen van 9 tot 19 jaar, gemiddelde leeftijd onderzoeksgroep: 14,18 jaar. Deze doelgroep komt overeen met een deel van de doelgroep van Triple P Eerstelij, ouders van kinderen onder 9 jaar zijn hier niet in meegenomen.	Triple P Eerstelij Tieners, 12 tot 18 jaar, individueel	De beroepskrachten zijn direct na de training de interventie gaan uitvoeren in het kader van het onderzoek. Ze hadden tijd nodig om de interventie zich eigen te maken en de duur van de eerste sessies zijn langer dan voorgeschreven in de handleiding. Het gemiddelde per sessie blijft hoger dan de bedoeling is (52 in plaats van 30 minuten). Van de 25 beroepskrachten die meegedaan hebben aan de evaluatie geeft 68% aan dat het (gedeeltelijk) moeilijk is om de interventie precies zo uit te voeren zoals het in de handleidingen staat. Van deze beroepskrachten maakt 80% ook inhoudelijke aanpassingen als ze dat nodig vinden.
3.1 Schappin et al. (2013)	Ouders van premature kinderen en kinderen met zuurstoftekort bij geboorte (die op de NICU opgenomen zijn geweest) van 2 tot 5 jaar, gemiddelde leeftijd onderzoeksgroep: 3,8 jaar. Deze doelgroep is niet vergelijkbaar met de doelgroep van Triple P Eerstelij omdat bij deze kinderen 2 keer zoveel gedragsproblemen voorkomen als bij aterm geboren kinderen. Deze kinderen zijn neurologisch kwetsbaarder. Voor deze kinderen zou een intensievere Triple P interventie gepast zijn.	Triple P Eerstelij, 0 tot 12 jaar, individueel	De professionals zijn opgeleid in de Triple P interventie en hebben ten minste 1 keer per maand peer supervision ontvangen van de eerste auteur. Hierdoor is volgens de onderzoekers de naleving van het interventie protocol gewaarborgd en daarmee de programma-integriteit.
3.2 Schappin et al. (2014)	Ouders van premature kinderen en kinderen met zuurstoftekort bij geboorte (die op de NICU opgenomen zijn geweest) van 2 tot 5 jaar, gemiddelde leeftijd onderzoeksgroep: 3,8 jaar. Deze doelgroep is niet vergelijkbaar met de doelgroep van Triple P Eerstelij omdat bij deze kinderen 2 keer zoveel gedragsproblemen voorkomen als bij aterm geboren kinderen. Deze kinderen zijn neurologisch kwetsbaarder. Voor deze kinderen zou een intensievere Triple P interventie gepast zijn.	Triple P Eerstelij, 0 tot 12 jaar, individueel	De professionals zijn opgeleid in de Triple P interventie en hebben ten minste 1 keer per maand peer supervision ontvangen van de eerste auteur. Hierdoor is volgens de onderzoekers de naleving van het interventie protocol gewaarborgd en daarmee de programma-integriteit.
4 Spijkers et al. (2013)	Ouders van kinderen van 9 tot 11 jaar die gescreend werden door de schoolgezondheidszorg.	Triple P Eerstelij, 0 tot 12 jaar, individueel	Er was sprake van programma-integriteit bij de uitvoer. Het aantal uitgevoerde sessies varieerde van 1 tot 4. Als ouders aangaven voldoende steun te hebben ontvangen werd

Onderzoek	Doelgroep	Variant Triple P	Uitvoering (programma-integriteit)
	Deze doelgroep komt overeen met een deel van de doelgroep van Triple P Eerstelijns in dit onderzoek zijn geen kinderen onder 9 jaar en boven 12 jaar meegenomen.		de interventie beëindigd. Vijf ouders in de interventiegroep kregen aanvullende hulp in de periode tijdens baseline en de eerste follow-up. Analyses toonden aan dat ten minste 2 sessies van de interventie dezelfde resultaten behaalden als in de algehele analyse.
5. Dittman et al. (2016)	Ouders van kinderen tussen 3 en 5 jaar die zorgen hadden over het ongehoorzaam gedrag van hun kind. Deze doelgroep komt overeen met een deel van de doelgroep van Triple P Eerstelijns in dit onderzoek zijn geen kinderen onder 3 jaar en boven 5 jaar meegenomen.	Triple P Eerstelijns, 0 tot 12 jaar, groepsaanbod	Er was sprake van programma-integriteit bij de uitvoer. Deze werd gemeten aan de hand van het invullen van sessie checklists.
6. Chung, Lueng & Sanders (2015)	Ouders van kinderen op 'preschools' in Hongkong, gemiddelde leeftijd 4,2 jaar. Deze doelgroep komt overeen met een deel van de doelgroep van Triple P Eerstelijns.	Triple P Eerstelijns, 0 tot 12 jaar, groepsaanbod	Er zijn geen gegevens bekend over de programma-integriteit bij uitvoer. Er is alleen bekend dat de interventie werd uitgevoerd door een 'educational-psychologist-in-training'.
7. Mejia, Calam & Sanders (2015)	Ouders van kinderen van 3 tot 12 jaar met lage sociaal-economische status in Panama. Deze doelgroep komt overeen met de doelgroep van de interventie, Triple P Eerstelijns groepsaanbod.	Triple P Eerstelijns, 0 tot 12 jaar, groepsaanbod	De interventie werd uitgevoerd volgens protocol. Er zijn echter geen evaluaties gedaan waardoor de betrouwbaarheid gegarandeerd had kunnen worden en verzekerd werd dat het proces en de inhoud van de interventie gevolgd werd.
8. Morawska et al (2014)	Ouders van kinderen van 2 tot 5 jaar oud van kinderen die problemen rond etenstijd ervaren. De gemiddelde leeftijd was 3,72 jaar. Dit komt overeen met een deel van de doelgroep voor Triple P Eerstelijns, groepsaanbod, kinderen tussen 6 en 12 jaar zijn niet meegenomen.	Triple P Eerstelijns, 0 tot 12 jaar, groepsaanbod	De interventie is uitgevoerd zoals bedoeld, de toepassing van het interventie protocol is gemeten en de groepen zijn opgenomen en gecodeerd op protocol toepassing, er was 100% overeenstemming tussen de groepsleiders en een tweede beoordelaar.
9. Morawska et al (2011)	Ouders van kinderen van 2 tot 5 jaar. De gemiddelde leeftijd van de kinderen was 3,63 jaar. Dit komt overeen met een deel van de doelgroep voor Triple P Eerstelijns, groepsaanbod, kinderen tussen 6 en 12 jaar zijn niet meegenomen.	Triple P Eerstelijns, 0 tot 12 jaar, groepsaanbod	De interventie is uitgevoerd zoals bedoeld, de toepassing van het interventie protocol is gemeten en de groepen zijn opgenomen en gecodeerd op protocol toepassing, er was 100% overeenstemming tussen de groepsleiders en een tweede beoordelaar.
10. Joachim, Sanders & Turner (2010)	Ouders van kinderen van 2 tot 6 jaar, gemiddelde leeftijd 3,23 jaar. Dit komt overeen met een deel van de doelgroep voor Triple P Eerstelijns, groepsaanbod, kinderen tussen 7 en 12 jaar zijn niet meegenomen.	Triple P Eerstelijns, 0 tot 12 jaar, groepsaanbod	Er wordt geen informatie gegeven over of de interventie uitgevoerd is zoals bedoeld.

Onderzoek	Doelgroep	Variant Triple P	Uitvoering (programma-integriteit)
11. Sanders et al. (2014)	Ouders van kinderen van 0-18 jaar (meta-analyse), gemiddelde leeftijd in totale onderzoekspopulatie: 5,85 jaar.	Triple P Eerstelijns (onduidelijk welke varianten).	Geen informatie over beschikbaar omdat dit een meta-analyse is.
12. Turner & Sanders (2006)	Ouders, met een lage SES, van kinderen tussen 2 en 6 jaar die nog niet naar de basisschool gaan, gemiddelde leeftijd 3,1 jaar. Dit komt overeen met een deel van de doelgroep voor Triple P Eerstelijns, kinderen ouder dan 6 jaar zijn niet meegenomen.	Triple P Eerstelijns, 0-12 jaar, individueel	De interventie werd uitgevoerd zoals bedoeld. Dit werd gemeten met sessiechecklists, ingevuld door de verpleegkundige die de interventie uitvoerde. Deze zelfrapportages toonden 100% naleving van het interventieprotocol. De gemiddelde sessieduur was wel langer, 40 in plaats van 30 minuten. Het volmaken van de interventie gold bij gezinnen die 3 van de 4 sessies hadden ontvangen.

Onderzoek	N	Effectgrootte	Follow-up	Uitval na nameting	Onafhankelijkheid onderzoekers		
1. De Graaf et al. (2009)	Baseline: n=129 (waarvan 87 in de Triple P groep)  Post-meting: n=117 (waarvan 75 in de Triple P groep)  Follow-up: n=87 (waarvan 62 in de Triple P groep)		3 maanden na het beëindigen van de interventie	Bij de follow-up na 3 maanden hebben 87 (67,4%) van de ouders de vragenlijsten ingevuld. Bij de Triple P Groep waren dit 63 (71,3%) van de ouders  Er was een uitval van 40,5% bij de Triple P groep. Om te compenseren voor het verlies aan power werd de regressie imputation procedure geïmplementeerd.	De onderzoekers geven aan dat dit een onafhankelijke studie is, ze zijn geen van allen betrokken geweest bij de ontwikkeling van Triple P.		
						Post	FU
		Afname emotionele problemen				d=0,17	d=0,21
		Afname gedragsproblemen				d=0,35	d=0,44
		Afname totale problemen kinderen				d=0,22	d=0,29
		Toename prosociaal gedrag				d=0,26	d=0,29
		Afname in toegeeflijk opvoeden				d=0,30	d=0,37
		Afname in overreactief opvoeden				d=0,52	d=0,59
		Afname in inadequaat opvoeden				d=0,59	d=0,68
		Toename tevredenheid opvoeding				d=0,31	d=0,35
		Toename effectief opvoeden				d=0,22	d=0,53
Toename gevoel van competentie in opvoeding	d=0,32	d=0,49					
2. De Graaf et al. (2011)	Voormeting: n=147  Nameting: n=112  Bij de analyses is er uitgegaan	Afname emotionele problemen tiener	d=0,20	Geen follow-up	Geen follow-up, dus uitval is niet te bepalen.	De onderzoekers zijn werkzaam bij het Trimbos instituut en niet betrokken geweest bij de ontwikkeling van de interventie.	
		Afname gedragsproblemen tiener	d=0,25				
		Afname in toegeeflijk opvoeden	d=0,34				

Onderzoek	N	Effectgrootte	Follow-up	Uitval na nameting	Onafhankelijkheid onderzoekers																		
	van intention to treat.	<table border="1"> <tr> <td>Afname in overreactief opvoeden</td> <td>d=0,48</td> </tr> <tr> <td>Afname in inadequaat opvoeden</td> <td>d=0,48</td> </tr> <tr> <td>Toename tevredenheid opvoeding</td> <td>d=0,25</td> </tr> <tr> <td>Toename effectief opvoeden</td> <td>d=0,30</td> </tr> <tr> <td>Afname middelengebruik tieners</td> <td>d=0,23</td> </tr> <tr> <td>Eigen effectiviteit opvoeding bij alcohol</td> <td>d=0,38</td> </tr> <tr> <td>Eigen effectiviteit opvoeding bij roken</td> <td>d=0,20</td> </tr> <tr> <td>Totaal afname gedragsproblemen indien vooraf klinische scores (n=43)</td> <td>d=0,68</td> </tr> <tr> <td>Totaal verbetering opvoedstijl indien vooraf klinische scores (n=43)</td> <td>d=0,90</td> </tr> </table>	Afname in overreactief opvoeden	d=0,48	Afname in inadequaat opvoeden	d=0,48	Toename tevredenheid opvoeding	d=0,25	Toename effectief opvoeden	d=0,30	Afname middelengebruik tieners	d=0,23	Eigen effectiviteit opvoeding bij alcohol	d=0,38	Eigen effectiviteit opvoeding bij roken	d=0,20	Totaal afname gedragsproblemen indien vooraf klinische scores (n=43)	d=0,68	Totaal verbetering opvoedstijl indien vooraf klinische scores (n=43)	d=0,90			
Afname in overreactief opvoeden	d=0,48																						
Afname in inadequaat opvoeden	d=0,48																						
Toename tevredenheid opvoeding	d=0,25																						
Toename effectief opvoeden	d=0,30																						
Afname middelengebruik tieners	d=0,23																						
Eigen effectiviteit opvoeding bij alcohol	d=0,38																						
Eigen effectiviteit opvoeding bij roken	d=0,20																						
Totaal afname gedragsproblemen indien vooraf klinische scores (n=43)	d=0,68																						
Totaal verbetering opvoedstijl indien vooraf klinische scores (n=43)	d=0,90																						
3.1 Schappin et al. (2013)	<p>Baseline: n=67 (waarvan 34 in de Triple P groep)</p> <p>Post-meting: n=64 (waarvan 34 in de Triple P groep)</p> <p>Follow-up: n=31 (waarvan 34 in de Triple P groep)</p>	Geen klinisch significante effecten gevonden op gedrag van kinderen, gerapporteerd door ouders en leerkrachten, op ouderlijke stress en opvoeding en kwetsbaarheid van het kind.	12 maanden	Geen uitval na de nameting	De onderzoekers zijn onafhankelijk van de interventie ontwikkelaars.																		
3.2 Schappin et al. (2014)	Baseline: n=67 (waarvan 34 in de Triple P groep)	Er worden geen effectgroottes gegeven.	12 maanden	Geen uitval na de nameting	De onderzoekers zijn onafhankelijk van de interventie ontwikkelaars.																		



Onderzoek	N	Effectgrootte	Follow-up	Uitval na nameting	Onafhankelijkheid onderzoekers																		
	Post-meting: n=64 (waarvan 34 in de Triple P groep)  Follow-up: n=31 (waarvan 34 in de Triple P groep)																						
4. Spijkers et al. (2013)	Baseline: n=93 (waarvan 47 in de Triple P groep)  Post-meting: n=65 (waarvan 32 in de Triple P groep)  Follow-up: n=60 (waarvan 30 in de Triple P groep)	Effectgrootte wordt niet gegeven, mogelijk omdat de studie 'underpowered' is.	Bij 6 maanden en 12 maanden na het einde van de interventie	Deze data wordt niet gegeven.	De onderzoekers zijn onafhankelijk en de auteurs geven aan dat ze geen concurrerende interesses hebben.																		
Dittman et al. (2016)	Baseline: n=85 (waarvan 45 in de Triple P groep)  Post-meting: n=63 (waarvan 25 in de Triple P groep)  Follow-up: n=21 (er was geen FU voor de wachtlijst groep)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Post (4 wkn)</th> <th>FU (6 mnd)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Afname storend gedrag</td> <td>d=0,86</td> <td>d=1,14</td> </tr> <tr> <td>Afname in toegeeflijk opvoeden</td> <td>d=0,57</td> <td>d=0,74</td> </tr> <tr> <td>Afname in overreactief opvoeden</td> <td>d=0,52</td> <td>d=0,69</td> </tr> <tr> <td>Afname in verbaliseren</td> <td>d=0,69</td> <td>d=1,09</td> </tr> <tr> <td>Toename vertrouwen in omgang met verschillende soorten lastig gedrag van kinderen</td> <td>d=0,69</td> <td>d=1,28</td> </tr> </tbody> </table>		Post (4 wkn)	FU (6 mnd)	Afname storend gedrag	d=0,86	d=1,14	Afname in toegeeflijk opvoeden	d=0,57	d=0,74	Afname in overreactief opvoeden	d=0,52	d=0,69	Afname in verbaliseren	d=0,69	d=1,09	Toename vertrouwen in omgang met verschillende soorten lastig gedrag van kinderen	d=0,69	d=1,28	Follow-up na 6 maanden na het einde van de interventie	4 ouders (van de 41 die een interventie hebben gehad) hebben bij de follow up meting geen vragenlijsten ingevuld.	Dr. Dittman (eerste auteur) is een Triple P trainer en prof. Sanders (vierde auteur) is de ontwikkelaar van Triple P.
	Post (4 wkn)	FU (6 mnd)																					
Afname storend gedrag	d=0,86	d=1,14																					
Afname in toegeeflijk opvoeden	d=0,57	d=0,74																					
Afname in overreactief opvoeden	d=0,52	d=0,69																					
Afname in verbaliseren	d=0,69	d=1,09																					
Toename vertrouwen in omgang met verschillende soorten lastig gedrag van kinderen	d=0,69	d=1,28																					

Onderzoek	N	Effectgrootte				Follow-up	Uitval na nameting	Onafhankelijkheid onderzoekers
		Toename vertrouwen in omgang van lastig gedrag van kinderen in verschillende settings	d=0,45	d=1,51				
		Verbetering welzijn ouders (DASS)	Niet significant	d=0,60				
6. Chung, Lueng & Sanders (2015)	Baseline: n=91 (waarvan 30 in de Triple P Eerstelijngroep)  Post-meting: n=82 (waarvan 27 in de Triple P groep)	Afname gedragsproblemen van het kind	d=0,39			Geen follow up gedaan	Geen follow up gedaan	De eerste en tweede auteurs zijn onafhankelijk en werken voor The Hong Kong Polytechnic University. De derde auteur is de ontwikkelaar van de interventie.
7. Mejia, Calam & Sanders (2015)	Baseline: n=108 (waarvan 46 in de Triple P groep)  Post-meting: n=86 (waarvan 40 in de Triple P groep)  Follow-up 3 maanden: n=65 (waarvan 32 in de Triple P groep)  Follow-up 6 maanden: n=33 (waarvan 13 in de Triple P groep)		Post	FU 3mnd	FU 6 mnd	Met 3 maanden en met 6 maanden	Een uitval analyse liet geen significante verschillen zien tussen uitval in de de interventie en controle groep, waarbij 65% van de interventiegroep en 76% van de controlegroep de laatste follow-up heeft voltooid. Er zijn intention to treat analyses uitgevoerd.	De eerste twee auteurs zijn niet betrokken bij de ontwikkeling van de interventie en zij hebben de studie geleid. De ontwikkelaar van de interventie (derde auteur) was betrokken als senior consultant.
		Afname intensiteit gedragsproblemen van het kind	d=0,52	d=0,42	d=1,09			
		Afname hoeveelheid gedragsproblemen van het kind	d=0,23	d=0,51	d=0,76			
		Afname stress bij de ouders	d=0,32	d=0,40	d=0,61			
		Afname dysfunctionele opvoedstijl	d=0,19	d=0,15	d=0,59			

Onderzoek	N	Effectgrootte	Follow-up	Uitval na nameting	Onafhankelijkheid onderzoekers		
8. Morawska et al (2014)	Baseline: n=86 (waarvan 43 in de Triple P groep)  Post-meting: n=74 (waarvan 36 in de Triple P groep)  Follow-up: n=26 (er was geen FU controlegroep omdat het een wachtlijst controle groep was)		Post	FU	Follow-up na 6 maanden	Na de nameting hebben 26 ouders (59,1%) van de interventie conditie de follow-up vragenlijsten ingevuld. Er zijn intention to treat analyses uitgevoerd.	De eerste en derde auteur werken bij het Parenting and Family Support Centre van de Universiteit van Queensland, hier wordt de interventie ontwikkeld. De tweede en vierde auteur zijn onafhankelijk.
		Minder frequente problemen tijdens het eten	d=0,77	d=1,09			
		Minder lastig eetgedrag van kinderen	d=0,41	d=1,27			
		Minder problematische eetmomenten	d=0,59	d=0,57			
		Toename voedselinname	d=0,68	d=0,52			
		Afname gedragsproblemen	ns	d=0,65			
		Afname emotionele problemen	ns	d=0,32			
		Toename vertrouwen in het omgaan met problemen rondom etenstijd	d=1,03	d=1,55			
		Afname gebruik ineffectieve opvoedstrategieën	d=0,92	d=1,26			
		Afname negatieve cognities rondom etenstijd	d=0,81	d=1,02			
Toename effectiviteit in opvoeding	d=0,73	d=0,56					
9. Morawska et al (2011)	Baseline: n=67 (waarvan 34 in de Triple P groep)  Post-meting: n=55 (waarvan 28 in de Triple P groep)  Follow-up: n=26 (er was geen FU controlegroep omdat het een wachtlijst		Post	FU 6mnd	Follow-up na 6 maanden	Na de nameting hebben 26 ouders (76,5%) de follow-up vragenlijsten ingevuld. Er zijn intention to treat analyses uitgevoerd.	Alle onderzoekers werken bij het Parenting and Family Support Centre van de Universiteit van Queensland, hier wordt de interventie ontwikkeld.
		Afname intensiteit gedragsproblemen van het kind	d=1,17	Niet bekend			
		Afname hoeveelheid gedragsproblemen van het kind	d=1,07	Niet bekend			
		Afname in toegeeflijk opvoeden	d=0,51	Niet bekend			
		Afname in overreactief opvoeden	d=0,60	Niet bekend			
		Afname in verbaliseren	d=0,57	Niet bekend			
		Toename vertrouwen van ouders in het omgaan met	d=1,00	Niet bekend			

Onderzoek	N	Effectgrootte	Follow-up	Uitval na nameting	Onafhankelijkheid onderzoekers																													
	controle groep was)	specifieke gedragsproblemen																																
10. Joachim, Sanders & Turner (2010)	Baseline: n=46 (waarvan 26 in de Triple P groep)  Post-meting: n=40 (waarvan 22 in de Triple P groep)  Follow-up: n=24 (er was geen FU controlegroep omdat het een wachtlijst controle groep was)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Post</th> <th>FU 6mnd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Afname intensiteit gedragsproblemen van het kind</td> <td>d=0,75</td> <td>Medium effect</td> </tr> <tr> <td>Afname hoeveelheid gedragsproblemen van het kind</td> <td>d=0,92</td> <td>Groot effect</td> </tr> <tr> <td>Afname dysfunctionele opvoedstijl</td> <td>d=0,72</td> <td>Niet significant</td> </tr> <tr> <td>Toename vertrouwen van ouders in het omgaan met specifieke gedragsproblemen</td> <td>d=1,07</td> <td>Groot effect</td> </tr> <tr> <td>Toename vertrouwen van ouders in het omgaan met gedragsproblemen in specifieke settings</td> <td>d=1,26</td> <td>Groot effect</td> </tr> </tbody> </table>		Post	FU 6mnd	Afname intensiteit gedragsproblemen van het kind	d=0,75	Medium effect	Afname hoeveelheid gedragsproblemen van het kind	d=0,92	Groot effect	Afname dysfunctionele opvoedstijl	d=0,72	Niet significant	Toename vertrouwen van ouders in het omgaan met specifieke gedragsproblemen	d=1,07	Groot effect	Toename vertrouwen van ouders in het omgaan met gedragsproblemen in specifieke settings	d=1,26	Groot effect	Follow up na 6 maanden	Na de nameting hebben 24 ouders (90%) de follow-up vragenlijsten ingevuld. Er zijn intention to treat analyses uitgevoerd.	Alle onderzoekers werken bij het Parenting and Family Support Centre van de Universiteit van Queensland, hier wordt de interventie ontwikkeld.											
	Post	FU 6mnd																																
Afname intensiteit gedragsproblemen van het kind	d=0,75	Medium effect																																
Afname hoeveelheid gedragsproblemen van het kind	d=0,92	Groot effect																																
Afname dysfunctionele opvoedstijl	d=0,72	Niet significant																																
Toename vertrouwen van ouders in het omgaan met specifieke gedragsproblemen	d=1,07	Groot effect																																
Toename vertrouwen van ouders in het omgaan met gedragsproblemen in specifieke settings	d=1,26	Groot effect																																
11. Sanders et al. (2014)	Geen informatie over beschikbaar omdat dit een meta-analyse is.  Er zijn 7 studies naar Triple P niveau 3 opgenomen in deze meta-analyse (k)	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="2">Post</th> <th colspan="2">FU</th> </tr> <tr> <th>k</th> <th>effect</th> <th>k</th> <th>effect</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verbetering van sociaal-emotioneel gedrag van kinderen</td> <td>6</td> <td>d=0,449</td> <td>3</td> <td>d=0,610</td> </tr> <tr> <td>Verbetering opvoeding</td> <td>5</td> <td>d=0,818</td> <td>2</td> <td>d=0,463</td> </tr> <tr> <td>Toename tevredenheid en effectiviteit in opvoeding</td> <td>6</td> <td>d=0,711</td> <td>3</td> <td>d=0,785</td> </tr> <tr> <td>Verbeteringen in welbevinden van ouders</td> <td>3</td> <td>d=0,349</td> <td>1</td> <td>d=0,439</td> </tr> </tbody> </table>		Post		FU		k	effect	k	effect	Verbetering van sociaal-emotioneel gedrag van kinderen	6	d=0,449	3	d=0,610	Verbetering opvoeding	5	d=0,818	2	d=0,463	Toename tevredenheid en effectiviteit in opvoeding	6	d=0,711	3	d=0,785	Verbeteringen in welbevinden van ouders	3	d=0,349	1	d=0,439	Ja, maar meta-analyse dus wisselend in duur	Geen data over beschikbaar	Bij 31 van de 101 studies waren de ontwikkelaars op geen enkele wijze betrokken.
	Post			FU																														
	k	effect	k	effect																														
Verbetering van sociaal-emotioneel gedrag van kinderen	6	d=0,449	3	d=0,610																														
Verbetering opvoeding	5	d=0,818	2	d=0,463																														
Toename tevredenheid en effectiviteit in opvoeding	6	d=0,711	3	d=0,785																														
Verbeteringen in welbevinden van ouders	3	d=0,349	1	d=0,439																														
12. Turner & Sanders (2006)	Baseline: n=30  Post-meting: n=25  Follow-up: n=13 (er was geen FU)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Post</th> <th>FU 6mnd</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Afname gedragsproblemen van het kind</td> <td>Geen effectmaat bekend</td> <td>Geen effectmaat bekend</td> </tr> <tr> <td>Afname dysfunctionele opvoedstijl</td> <td>Geen effectmaat bekend</td> <td>Geen effectmaat bekend</td> </tr> </tbody> </table>		Post	FU 6mnd	Afname gedragsproblemen van het kind	Geen effectmaat bekend	Geen effectmaat bekend	Afname dysfunctionele opvoedstijl	Geen effectmaat bekend	Geen effectmaat bekend	Follow up na 6 maanden	Na de nameting hebben 13 ouders (100%) de follow-up vragenlijsten ingevuld. Er zijn intention to treat analyses uitgevoerd.	Beide onderzoekers zijn ontwikkelaars van het programma.																				
	Post	FU 6mnd																																
Afname gedragsproblemen van het kind	Geen effectmaat bekend	Geen effectmaat bekend																																
Afname dysfunctionele opvoedstijl	Geen effectmaat bekend	Geen effectmaat bekend																																

Onderzoek	N	Effectgrootte			Follow-up	Uitval na nameting	Onafhankelijkheid onderzoekers
	controlegroep omdat het een wachtlijst controle groep was)	Toename tevredenheid met opvoeding	Geen effectmaat bekend	Geen effectmaat bekend			
		Afname angst en stress	Geen effectmaat bekend	Geen effectmaat bekend			

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

### Inhoudelijke werkzame elementen

- Focus op veranderbare risico- en beschermende factoren in het gezin voor de ontwikkeling en instandhouding van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen;
- Een gedragsmatige aanpak gebaseerd op principes vanuit de sociale leertheorie gericht op het doorbreken van dysfunctionele opvoedpatronen ten gunste van een positief en ondersteunend gezinsklimaat;
- Een training in opvoedingsvaardigheden die ouders concrete handreikingen biedt voor het bevorderen van een goede band met hun kind, aanleren en versterken van gewenst gedrag en een niet schadelijke en consistente aanpak van ongewenst gedrag;
- Focus op het voorkomen van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen door het programma als een collectief en vrij toegankelijk aanbod (opvoedingsondersteuning) beschikbaar te stellen.

### Werkzame elementen in de uitvoering van de interventie

- Het bevorderen van zelfregulatie van ouders als leidend principe om daarmee het zelfstandig oplossen van problemen te bevorderen;
- Toepassing van het 'geleide participatiemodel' voor het bespreken van de verzamelde informatie om tot gedeeld inzicht te komen van factoren die gedragsproblemen beïnvloeden en in stand houden;
- Verplaatsen van de gerichtheid op probleemgedrag naar het bevorderen van gewenst gedrag;
- Video-instructie en modeling om een effectieve toepassing van geleerde opvoedstrategieën te bevorderen in combinatie met het actief oefenen van vaardigheden tijdens sessies en in de thuissituatie;
- Monitoring van de toepassing van strategieën in de thuissituatie waarmee ouders zelf verantwoording nemen voor het veranderingsproces;
- Werken aan generalisatie van een succesvolle toepassing van geleerde opvoedstrategieën naar andere contexten en meer risicovolle situaties;
- Flexibele uitvoering met aandacht voor wat 'minimaal toereikend' is om ouders in staat te stellen hun problemen zelfstandig aan te pakken;
- Professionals in de rol van procesbegeleider in plaats van de deskundige die ouders adviseert wat zij moeten doen.

### Praktische werkzame elementen

- Een uitgewerkt curriculum en ondersteunende materialen die programmatrouw uitvoeren door professionals van verschillende disciplines bevordert;
- Professionals die zijn getraind en geaccrediteerd voor de uitvoering van het programma en daarin door de organisatie worden gefaciliteerd en ondersteund;
- Een implementatiemodel dat instellingen ondersteunt om de voorwaarden te scheppen die een succesvolle uitvoering bevorderen;
- Variabele aanbiedingsvormen afgestemd op behoeften en mogelijkheden van ouders, waarmee een diverse doelgroep gezinnen kan worden bereikt.

## 6. Aangehaalde literatuur

Anthony, L.G., Anthony, B.J., Glanville, D.N., Naiman, D.Q., Waanders, C., Shaffer, S. (2005). The relationships between parenting stress, parenting behavior and preschoolers' social competence and behavior problems in the classroom. *Infant Child Development*, 14, 133-154.

Aunola, K. & Nurmi, J. E. (2005). The role of parenting styles in childrens' problem behaviour. *Child Development*, 76, 1144-1159.

Azar, S. T. (1997). A cognitive behavioral approach to understanding and treating parents who physically abuse their children. In Wolfe, D.A., McMahon, R.J. & Peters, R. de (Eds.), *Child abuse: New directions in prevention and treatment across the lifespan* (pp. 79-101).

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.

Barlow, J., Coren, E., & Stewart-Brown, S. (2002). Meta-analysis of the effectiveness of parenting programmes in improving maternal psychosocial health. *The British Journal of General Practice*, 52(476), 223-233.

Barlow, Jane & Stewart-Brown, Sarah. (2006). Parenting programmes and child abuse. *ChildRight*. 231. 22.

Baydar, N. & Akcinar, B. J. (2017). Reciprocal Relations between the Trajectories of Mothers' Harsh Discipline, Responsiveness and Aggression in Early Childhood. *Journal of Abnormal Child Psychology*. DOI: 10.1007/s10802-017-0280.

Beauchaine, T.P., Webster-Stratton, C, & Reid, M.J. (2005). Mediators, moderators, and predictors of 1-year outcomes among children *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Jun; 73(3):371-88.

Biglan, A. (1992). Family practices and the larger social context. *New Zealand Journal of Psychology*, 21, 37-43.

Biglan, A. (1995). Translating what we know about the context of antisocial behavior into a lower prevalence of such behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 479-492.

Bommel, van, M. (2017). Duurzame implementatie: resultaten van 10 jaar Triple P in Nederland. *Factsheet Triple P International*.

Bot, S.(Red)., Roos, S. de (2015) *Opvoeden in niet-westerse migrantengezinnen: Een terugblik en verkenning*. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau,

Bucx, F. (2009). De leefsituatie van kinderen en jongeren met een niet-westerse achtergrond. In: M. Gijsberts en J. Dagevos (red.), *Jaarrapport integratie 2009* (p. 291-316). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2011): *Onderzoek Jeugd en Opgroeien - OJO 2011*. DANS.<https://doi.org/10.17026/dans-2ah-u5zb>

Chamberlain, P., Patterson, G.R. (1995). *Discipline and child compliance in parenting*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Chung, S., Leung, C., Sanders, M. (2015). The Triple P- Positive Parenting Programme: the effectiveness of group Triple P and brief parent discussion group in school settings in Hong Kong. *Journal of Children's services*, Vol. 10 No. 4 2015, pp. 339-352.

Coie, J.D. (1996). *Prevention and violence and antisocial behavior*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Cummings, E.M., Davies, P. (1994). *Children and marital conflict: The impact of family dispute and resolution*. New York: Guilford Press.

Dittman, C. K., Farruggia, S. P., Keown, L. J., & Sanders, M. R. (2016). Dealing with Disobedience: An Evaluation of a Brief Parenting Intervention for Young Children Showing Noncompliant Behavior Problems. *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 102-112. doi:10.1007/s10578-015-0548-9

Dretzke, J., Davenport, C., Frew, E., Barlow, J., Stewart-Brown, S., Bayliss, S. et al. (2009). The clinical effectiveness of different parenting programmes for children with conduct problems: a systematic review of randomized controlled trials. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2009;3(7).

Dryfoos, J. G. (1990). *Adolescents at risk: Prevalence and prevention*. New York: Plenum Press.

Eyberg, S.M., Nelson, M. & Boggs, S.R. (2008) Evidence-based treatments for child and adolescent disruptive behavior disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2008;37(1):213-235.

Foolen, N. (2010). *Wat werkt bij oudertrainingen?* Nederlands Jeugdinstituut, Utrecht.

Forehand R., Lafko, N., Parent, J. & Burt, K.B. (2014). Is parenting the mediator of change in behavioral parent training for externalizing problems of youth? *Clinical Psychology Review*; 34(8):608-619.

Forgatch, M.S. & Patterson, G.R., (2010). Parent Management Training—Oregon model: An intervention for antisocial behavior in children and adolescents. In: Weisz, J.R, Kazdin, A.E., eds. *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press;1 59-178.

Gardner, F., Hutchings, J., Bywater, T., & Whitaker, C. (2010). Who benefits and how does it work? Moderators and mediators of outcomes in an effectiveness trial of a parenting intervention. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39, 568 – 580.

Graaf, de, I., Onrust, S., Haverman, M., Janssens, J. (2009). Helping Families improve: an evaluation of two primary care approaches to parenting support in the Netherlands. *Infant and Child Development*, Volume 18, Issue 6.



- Graaf, de, I. (2010). Monitor Triple P Stadsregio Amsterdam. *Factsheet Trimbos Instituut*.
- Graaf, de, I., Schulten, I., Verdurmen, J. (2011). Basiszorg Triple P voor ouders van tieners. Evaluatie van de implementatie van de eerste effecten van Basiszorg Triple P. *Utrecht: Trimbos Instituut*.
- Hart, B., & Risley, T. R. (1995). Meaningful differences in the everyday experience of young American children. Sydney: Paul H. Brooks.
- Joachim, S., Sanders, M.R., Turner, K.M.T. (2010). Reducing Preschoolers' Disruptive Behavior in Public with a Brief Parent Discussion Group. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(1), 47-60.
- Karoly, P. (1993). Mechanisms of self-regulation: a systems view. *Annual Review of Psychology*, 44, 23-52.
- Kane, G. A., Wood, V. A. and Barlow, J. (2007), Parenting programmes: a systematic review and synthesis of qualitative research. *Child: Care, Health and Development*, 33: 784-793.
- Kazdin, A. E. (1995) Child, parent and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children. *Behavior Research Therapy*. March; 33(3):271-81.
- Kling, A., Forster, M., Sundell, K. & Melin, L. (2010). A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Parent Management Training with varying degrees of Therapist Support. *Behavior Therapy*, Volume 41, Issue 4, December 2010, Pages 530-542.
- Linden, van der, D., Reitsma, A., de Graaf, I. (2011). Monitor Triple P 2010 Stadsregio Amsterdam. *Factsheet Trimbos Instituut*.
- Loeber, R., Farrington, D.P. (1998). Never too early, never too late: Risk factors and successful interventions for serious and violent juvenile offenders. *Studies on Crime and Crime Prevention*, 7, 7-30.
- Lösel, F. & A. Beelman (2003). Effects of child skills training in preventing antisocial behavior: a systematic review of randomized evaluations. *The Annals of the American Society of Political and Social Sciences*, 587, 84-109.
- Lundahl, B., Risser, H.J. & Lovejoy, C.M. (2006). A meta-analysis of parent training: moderators and follow-up effects. *Clinical Psychology Review*, 26, 86-104.
- Michelson, D., Davenport, C., Dretzke, J., Barlow, J. & Day, C. (2013). Do evidence-based interventions work when tested in the "real world?" A systematic review and meta-analysis of parent management training for the treatment of child disruptive behavior. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2013; 16(1):18-34
- McCart, M.R., Priester, P.E., Davies, W.H. & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy of antisocial youth: a meta-analyses. *Journal of abnormal Child Psychology*, 34, 4, 527-542.

- McPherson, K. E., Sanders, M., Schroeter, B., Troy, V. & Wiseman, K. (2016). Acceptability and Feasibility of Peer Assisted Supervision and Support for Intervention Practitioners: A Q-methodology Evaluation. *Journal of Child and Family Studies* 25:720–732.
- McWilliam, J., Brown, J., Sanders, M.R. & Jones, L. (2016). The Triple P Implementation Framework: the Role of Purveyors in the Implementation and Sustainability of Evidence-Based Programs. *Prevention Science* 17:636–645.
- Mejia, A., Calam, R., & Sanders, M. R. (2015). A Pilot Randomized Controlled Trial of a Brief Parenting Intervention in Low-Resource Settings in Panama. *Prevention Science*. doi:10.1007/s11121-015-0551-1
- Mihalopoulos, C., Vos, T., Pirkis, J. & Carter, R. (2011). The economic analysis of prevention in mental health programs. *Annual Review of Clinical Psychology* 7: 169-201.
- Morawska, A., Adamson, M., Hinchliffe, K., & Adams, T. (2014). Hassle Free Mealtimes Triple P: A randomised controlled trial of a brief parenting group for childhood mealtime difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, 53, 1-9. doi:10.1016/j.brat.2013.11.007
- Morawska, A., Haslam, D., Milne, D., Sanders, M.R. (2011). Evaluation of a Brief Parenting Discussion Group for Parents of Young Children. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 32(2):136-145.
- Morawska, A., Sanders, M., Goadby, E., Headley, C., Hodge, L., McAuliffe, C., Anderson, E. (2011). Is the Triple P-Positive Parenting Program acceptable to parents from culturally diverse backgrounds? *Journal of Child and Family Studies*, 20(5), 641-622. doi: 10.1007/s10826-010-9436-x
- Mrazek, P., & Haggerty, R. J. (1994). Reducing the risk for mental disorders. Washington, DC: National Academy Press.
- National Institute of Mental Health. (1998). Priorities for prevention research at NIHM: A report by the national advisory mental health council workgroup on mental disorders prevention research (NIH Publication No. 98-4321). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- O'Connor T.G., Matias C., Futh A., Tantam G. & Scott S. (2013) Social learning theory parenting intervention promotes attachment-based caregiving in young children: a randomized clinical trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* (42) 358–370.
- Patterson, G. R. (1982). Coercive family process. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G. R., Reid, K. B., & Dishion, T. J. (1992). Antisocial boys. Eugene, OR: Castalia.
- Pels, T. & Vollebergh, W. (2006) Diversiteit in opvoeding en ontwikkeling: Een overzicht van recent onderzoek in Nederland. Amsterdam: Aksant Academic Publishers, 2006.
- Piquero, A.R., Farrington, D.P., Welsh, B.C., Tremblay, R. & Jennings, W.G. (2008). Effect of Early Family/ Parent training programs on Antisocial Behaviour and Delinquency. *The Campbell Collaboration*.

- Reyno S. & Mc Grath, P (2006) Predictors of parent training efficacy for child externalizing behavior problems – A meta-analytic review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2006; 47(1); 99–111.
- Risley, T. R., Clark, H. B., & Cataldo, M. F. (1976). Behavioral technology for the normal middle class family. In E.J. Mash, L.A. Hamerlynch, & L.C. Handy (Eds.), *Behavior modification and families* (pp. 34–60). New York: Brunner/Mazel.
- Robins, L.N. (1991). Conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 32, 193-212.
- Rushton, J., Bruckman, D. Kelleher, K. (2002). Primary Care referral of children with psychosocial problems. *Archives Pediatric Adolescent Medicine*, 156, 592-598.
- Sanders, M. R. (Ed.) (1995). *Healthy families, healthy nation: Strategies for promoting family mental health in Australia*. Brisbane, QLD: *Australian Academic Press*.
- Sanders, M. R. (1996). New directions in behavioural family intervention. In T.H. Ollendick and R.J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 18, pp.283-330). New York: Plenum Press.
- Sanders, M.R., Dadds, C.M. & Turner, K.M.T. (2003). Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P- Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parenting research and practice monograph*, 1, 1-21.
- Sanders, M.R., Duncan, S.B. (1995). Empowering Families: policy, training and research issues in promoting family mental health in Australia. *Behaviour Change*, 12, 109-121.
- Sanders, M. R., Kirby, J.N. (2012). Consumer engagement and the development, evaluation and dissemination of evidence based parenting programs. *Behavior Therapy*, Volume 43, Issue 2, June 2012, Pages 236-250
- Sanders, M. R., Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Day, J. J. (2014). The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. *Clinical Psychology Review*, 34, 337-357.
- Sanders, M. R., Lawton, J. (1993). Discussing assessment findings with families: A guided participation model of information transfer. *Child & family behavior therapy* 15.2 (1993): 5-35.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (2013). *Handboek voor professionals Triple P Standaard*. (2<sup>de</sup> editie). Brisbane, QLD, Australia: Triple P International Pty. Ltd.
- Sanders, M.R. & Mazzucchelli, T.G. (2013). The promotion of self-regulation through parenting interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review* 16(1).
- Sanders, M.R., Ralph, A. (2011). *Handboek voor professionals Tiener Triple P Eerstelijjn*. University of Queensland.
- Schappin, R., Wijnroks, L., Uniken Venema, M., Wijnberg-Williams, B., Veenstra, R., Koopman-Esseboom, C., Mulder- De Tollenaar, S., Van der Tweel, I. & Jongmans, M.

(2013). Brief parenting intervention for parents of NICU graduates: a randomized, clinical trial of Primary Care Triple P. *BMC Pediatrics*, 13, 69.

Schappin, R., Wijnroks, L., Uniken Venema, M., Wijnberg-Williams, B., Veenstra, R., Koopman-Esseboom, C., Mulder- De Tollenaer, S., Van der Tweel, I. & Jongmans, M. (2014). Primary Care Triple P for parents of NICU graduates with behavioral problems: a randomized, clinical trial using observations of parent-child interaction. *BMC Pediatrics*, 14, 305.

Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., & Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7306),191.

Scott, S., Briskman J. & O'Connor, T.G (2014). Early prevention of antisocial personality: Long-term follow-up of two randomized controlled trials comparing indicated and selective approaches. *American Journal of Psychiatry* 171:649–657.

Serketich, W.J., Dumas, J.E. (1996). The effectiveness of behavioural parent training to modify antisocial behaviour in children: a meta-analysis. *Behaviour Therapy* 27, 171-186.

Shelleby, E.C. & Kolko, D.L. (2015). Predictors, Moderators, and Treatment: Parameters of Community and Clinic-Based Treatment for Child Disruptive Behavior Disorders. *Journal of Child and Family Studies*; 24(3): 734–748.

Smith, J.P. & Smith, G.C. (2010). Long-term economic costs of psychological problems during childhood. *Social Science Medicine*, 71, 110-115.

Spijkers, W., Jansen, D.E., Reijneveld, S.A. (2013). Effectiveness of Primary Care Triple P on child psychosocial problems in preventive child healthcare: a randomized controlled trial. *BMC Medicine*, 11, 240.

Spijkers, W. (2015). Parenting and Child psychosocial problems. Effectiveness of parenting support in Preventive Child Healthcare. Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.

Steinberg, L., Lamborn, S.D., Dornbusch, S.M., Darling, N. (1992). Impact of parenting practices on adolescent achievement: authoritative parenting, school involvement, and encouragement to succeed. *Child Development*, 63, 1266-1281.

Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, Vol 9, issue 2, 69-74.

Tremblay, R.E., & LeMarquand, D. (2001). Individual risk and protective factors. In: *Child Delinquents: Development, Intervention, and Service Needs*, edited by R. Loeber and D.P. Farrington. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp. 137–164.

Tully, L. A., & Hunt, C. (2016). Brief parenting interventions for children at risk of externalizing behavior problems: A systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 705-719.

Turner, K. M. T., & Sanders, M. R. (2006). Help when it's needed first: A controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behavior Therapy*, 37(2), 131-142.

Vaughan, E. L., Feinn, R., Bernard, S., Brereton, M., & Kaufman, J. S. (2013). Relationships between Child Emotional and Behavioral Symptoms and Caregiver Strain and Parenting Stress. *Journal of Family Issues*, 34(4), 534–556.

Wyatt-Kaminski, J., Valle, L.A., Filene, J.H., & Boyle, C.L. (2008). A Meta-analytic Review of Components Associated with Parent Training Program Effectiveness. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 567-589.

Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S., Reijneveld, M. (2005). *'Kinderen in Nederland'*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).

## Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (Nji), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Kenniscentrum Sport & Bewegen, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

