



Nederlands
Jeugdinstituut

Interventie

Triple P niveau 4/5

Erkenning

Erkend door deelcommissie Jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie

Datum: 14 december 2018

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Blokland (Februari, 2019).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Triple P niveau 4/5'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
<i>Korte samenvatting van de interventie.....</i>	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal	4
Onderbouwing	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving interventie.....	6
Beschrijving interventie.....	6
1.1 Doelgroep	6
1.3 Aanpak.....	9
2. Uitvoering.....	18
2.1 Materialen.....	18
2.2 Locatie en type organisatie	18
2.3 Opleiding en competenties van de uitvoerders	19
2.4 Kwaliteitsbewaking	19
2.5 Randvoorwaarden	22
2.6 Implementatie.....	22
2.7 Kosten van de interventie	23
3. Onderbouwing	25
3.1 Probleem	25
3.2 Gevolgen	26
3.3 Oorzaken	26
3.4 Aan te pakken factoren.....	27
3.5 Verantwoording	27
4. Onderzoek	33
4.1 Onderzoek naar de uitvoering.....	33
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten.....	39
5. Samenvatting Werkzame elementen	51
6. Aangehaalde literatuur	52

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

Triple P is een multi-level programma voor positief opvoeden met als doel het voorkomen en/of verminderen van ernstige gedrags-, emotionele en ontwikkelingsproblemen 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 4 behoort tot de intensievere interventies en omvat een training in opvoedingsvaardigheden in twee verschillende aanbiedingsvormen. Zo nodig kan de interventie worden aangevuld met Triple P niveau 5, gericht op gezinsfactoren die een effectieve toepassing van de geleerde opvoedingsvaardigheden belemmeren.

Doelgroep

Triple P niveau 4 richt zich op jeugdigen van 2 tot 16 jaar met milde tot ernstige gedrags- en/of emotionele problemen. De intermediaire doelgroep bestaat uit ouders die het gedrag van hun kind of tiener als problematisch ervaren en om die reden behoefte hebben aan een training in opvoedingsvaardigheden. Triple P niveau 5 richt zich op dat deel van de doelgroep waarbij niveau 4 onvoldoende resultaat heeft vanwege bijkomende risicofactoren in het gezin.

Doel

Triple P-niveau 4/5 heeft als hoofddoel het voorkomen en/of verminderen van ernstige gedrags-, emotionele en ontwikkelingsproblemen bij kinderen door de kennis, vaardigheden en het zelfvertrouwen van ouders te verbeteren.

Aanpak

Niveau 4 heeft een versie voor ouders van jongere kinderen (2-12 jaar) en ouders van tieners (12-16 jaar). Om aan uiteenlopende behoeften van ouders tegemoet te komen zijn er verschillende aanbiedingsvormen: een individueel begeleidingstraject (Triple P Standaard) en een groepsinterventie (Triple P Oudercursus). Triple P Niveau 4 bestaat uit acht tot tien sessies die bij voorkeur in een wekelijkse frequentie worden doorlopen.

Niveau 5 (Triple P Plus) kan alleen in combinatie met niveau 4 worden aangeboden en is daarop een aanvulling. Dit interventieniveau omvat drie losstaande modules van elk drie sessies die facultatief kunnen worden ingezet, met een afrondende module van één sessie aan het eind. De werkwijze van Triple P niveau 4/5 is een combinatie van informatieoverdracht, video-instructie/modeling, actief leren met behulp van oefeningen uit het bijbehorende werkboek en het oefenen van vaardigheden in rollenspel en/of thuisopdrachten.

Materiaal

De uitvoering van de Triple P niveau 4/5 interventie is uitvoerig beschreven in handboeken voor de professional. Daarnaast is er begeleidend materiaal voor ouders zoals een instructie-dvd met de verschillende opvoedstrategieën en een werkboek waarin per sessie de belangrijkste inhoud is samengevat met alle uit te voeren oefeningen en thuisopdrachten. Er is daarnaast begeleidend materiaal bij de trainingen voor professionals.

Onderbouwing

Triple P niveau 4/5 richt zich op veranderbare risicofactoren in de gezinsomgeving die een rol spelen bij de ontwikkeling en instandhouding van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen en jeugdigen. Hoewel het ontstaan van deze problemen niet altijd in de opvoeding hoeft te zijn gelegen, blijken ouders wel een cruciale rol te kunnen vervullen in het verminderen van reeds gesignaleerde problemen. Gedragmatige oudertrainingen gericht op het versterken van de opvoedingsvaardigheden en het competentiegevoel van ouders, zijn een

effectieve aanpak om ernstige emotionele en gedragsproblemen bij kinderen te voorkomen en verminderen (Boendermaker & de Baat, 2010; Foolen, Ince, de Baat & Daamen, 2013). Niveau 5 is gebaseerd op onderzoek dat gerichte beïnvloeding van bijkomende risicofactoren in het gezin zoals het leren omgaan met negatieve emoties en/of verbeteren van de samenwerking tussen partners het effect van een training in opvoedingsvaardigheden kan versterken (Reyno & McGrath, 2006).

Onderzoek

In internationale meta-analyses zijn positieve en duurzame effecten aangetoond van Triple P niveau 4 op gedragsproblemen van kinderen en de opvoedcompetentie en het welbevinden van ouders. Deze effecten deden zich voor in verschillende landen en bij diverse aanbiedingsvormen (de Graaf, Speetjens, Smit, Wolff & Tavecchio, 2008; Nowak & Heinrichs, 2008, Sanders et al., 2014).

In een Engels onderzoek naar de resultaten van drie grootschalig ingevoerde ouderprogramma's om gedragsproblemen van kinderen te voorkomen of verminderen kwam de Triple P niveau 4 oudercursus als een van de twee aanbevolen interventies uit de bus. Nederlands onderzoek toont aan dat Triple P niveau 4/5 effectief is in het bereiken van de beoogde doelen zoals een significante afname van probleemgedrag bij kinderen en toegenomen opvoedcompetentie van ouders. Triple P presteert daarin niet beter dan de reguliere hulp aan ouders maar bereikt deze resultaten wel in een korter begeleidingstraject (Onrust, de Graaf & van der Linden, 2012). Kwalitatief onderzoek naar de implementatie van Triple P in Amsterdam (waaronder niveau 4) toont aan dat het programma ook toepasbaar is bij ouders met een migratieachtergrond (Distelbrink, Essayah, van Heerebeek, Ketner & Winkelman, 2011).

1. Uitgebreide beschrijving interventie

Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Triple P niveau 4/5 richt zich op jeugdigen in de leeftijdsfase van 2 tot 12 jaar en van 12 tot 16 jaar met milde tot ernstige gedrags- of emotionele problemen (zoals driftbuien, agressief of oppositioneel gedrag).

Intermediaire doelgroep

Triple P niveau 4 richt zich op ouders van kinderen in de eerder genoemde leeftijdsfasen die het gedrag van hun kind/tiener als problematisch ervaren en om die reden behoefte hebben aan een training in opvoedingsvaardigheden.

Positieve opvoedmethodes zijn relevant voor alle ouders, toch zullen met name ouders van kinderen met emotionele en gedragsproblemen in de klinische range, die zich zorgen maken over het gedrag van hun kind en stress ervaren in dagelijkse interacties met hun kind of tiener, baat hebben bij Triple P niveau 4.

Triple P niveau 5 richt zich op dat deel van de hiervoor genoemde doelgroep waarbij niveau 4 onvoldoende resultaat oplevert vanwege bijkomende risicofactoren in het gezin. Deze aanvullende interventie spitst zich toe op ouders die in opvoedsituaties worstelen met eigen onverwerkte/negatieve emoties, conflicten met hun partner hebben over de opvoeding of die moeite hebben met het consistent toepassen van de geleerde opvoedstrategieën.

Hoe wordt de doelgroep geselecteerd?

In een intakeprocedure (uit te voeren door de organisatie die de interventie aanbiedt) wordt bepaald of Triple P niveau 4 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 (zie hieronder);
- een gezinsobservatie (optioneel)

Voor de Triple P oudercursus vindt het intakegesprek vaker telefonisch plaats vooral als het een universeel en vrij toegankelijk aanbod betreft. In de toeleiding naar het groepsaanbod worden ouders gewezen op het feit dat de interventie zich richt op gedragsverandering bij de jeugdigen en bij ouders zelf en om die reden een behoorlijke inzet van ouders vraagt.

Triple P niveau 4 is geïndiceerd bij de volgende vier criteria:

- Ouders hebben vragen of zorgen over het gedrag van hun kind
- De jeugdige vertoont (klinisch vastgestelde) milde tot ernstige emotionele en/of gedragsproblemen in meerdere situaties
- Een disfunctionele opvoedstijl en/of opvoedonzekerheid bij ouders om met dit gedrag om te gaan
- Ouders zijn gemotiveerd en in staat om een acht tot tien weken durend opvoedprogramma te doorlopen.

Per aanbiedingsvorm kunnen er aanvullende indicatiecriteria zijn:

Interventie	Leeftijdsgroepen	Aanvullende criteria	Aanbevolen vorm voor
Niv. 4 Standaard	Ouders van kinderen 2-12 jaar en 12-16 jaar	<ul style="list-style-type: none">• Meerdere gedragsproblemen kind annex risicofactoren in gezin	<ul style="list-style-type: none">• Laagopgeleide ouders• LVB ouders

Niv. 4 Oudercursus	Ouders van kinderen 2-12 jaar en 12-16 jaar	<ul style="list-style-type: none"> Ouders die gemotiveerd zijn/ in staat zijn om in groep te participeren 	<ul style="list-style-type: none"> Ouders in opvoedisolement anderstaligen
-----------------------	---	--	--

Een klinische score op kindgedrag en opvoedstijl van ouders vormt de belangrijkste indicatie voor alle aanbiedingsvormen van Triple P niveau 4. Om de ernst van de gedragsproblemen en gehanteerde opvoedstijl te kunnen vaststellen, wordt bij de start van Triple P niveau 4 gebruik gemaakt van de volgende meetinstrumenten:

- Vragenlijst gezinsachtergrond (Family Background Questionnaire - FBQ, Nederlandse versie gebaseerd op de *Western Australian Child Health Survey*, Zubrick et al., 1995)
- Vragenlijst Sterke kanten en moeilijkheden (*Strengths and Difficulties Questionnaire - SDQ*, Goodman, 1997). Klinische score: totale probleemscore ≥ 17 ; totale impactscore ≥ 2 .
- Vragenlijst opvoedstijl (*Parenting Scale - PS*, Arnold, O'leary, Wolff & Acker, 1993 / Rhoades & O'Leary, 2007); Klinische score voor moeders: Laktheid ≥ 3.6 ; Overreactiviteit ≥ 4.0 ; Vijandigheid ≥ 2.4 . en voor vaders: LX ≥ 3.4 ; OR ≥ 3.9 ; VIJ ≥ 2.5 . Er is ook een adolescentenversie van deze schaal beschikbaar.
- Vragenlijst Conflictgedrag, met een tiener en ouderversie (*Conflict Behaviour Questionnaire - CBQ*, Robin & Foster, 1989) Klinische score moeder over adolescent >8.0 ; vader over adolescent >9.2 ; adolescent over moeder >8.2 en adolescent over vader >4.8 .
- Vragenlijst kwaliteit partnerrelatie (*Relationship Quality Index - RQI*, Norton, 1983). Klinische score: ≤ 29
- Checklist Ouderlijke problemen (*Parent Problem Checklist - PPC*, Alyn & Bacon in een aangepaste versie van: Sanders & Dadds, 1993). Klinische score > 5 .
- Checklist Opvoedtaken (*Parenting Task Checklist - PTC*, Dadds & Powell 1991). Klinische score: Gedrag ≤ 68 ; Setting ≤ 79 .
- Depressie-Angst-Stress schaal (*Depression Anxiety Stress Scale - DASS-21*, Lovibond & Lovibond, 1995). Klinische scores: Depressie 14 - 20 (matig), 21 - 27 (ernstig); Angst 10 - 14 (matig), 15 - 19 (ernstig); Stress 19 - 25 (matig), 26 - 33 (ernstig).

Hoge scores op de verschillende items geven, naast de zorgen die ouders in het intakegesprek hebben genoemd, een indicatie van de ernst van de problematiek en de wenselijkheid van een niveau 4 interventie (zo nodig in een later stadium aan te vullen met niveau 5).

Wat betreft de keuze voor een bepaalde aanbiedingsvorm, zie het schema op pagina 10

Indicaties voor Triple P niveau 5:

Als niveau 4 onvoldoende resultaat oplevert vanwege bijkomende gezinsfactoren die een succesvolle toepassing van de geleerde opvoedingsvaardigheden belemmeren, kan de interventie worden aangevuld met een of meer niveau 5 modules. Een evaluatiegesprek met de ouders en de scores (zie boven) op de post-interventie vragenlijsten van niveau 4 zijn daarbij richtinggevend. Minimaal is sprake van de volgende twee criteria:

- Geen of weinig verbetering in het gedrag van het kind (klinische scores SDQ)
- Een aanhoudend dysfunctioneel opvoedpatroon (klinische scores PS)

Overige criteria zijn:

- Opvoedonzekerheid of onvermogen van ouders die om extra persoonlijke steun/begeleiding vraagt om lastige opvoedingssituaties effectief te kunnen hanteren (klinische scores PTC);
- Moeite met het hanteren van negatieve emoties en stress die een consistente opvoedingsaanpak belemmeren (klinische scores DASS);
- Ouders hebben onrealistische verwachtingen of opvattingen ten aanzien van het gedrag van hun kind of de eigen capaciteiten als opvoeder;

- Conflicten tussen partners over de opvoeding van de kinderen (klinische scores PPC);
- Geringe tevredenheid met de partnerrelatie en gebrek aan onderlinge steun bij het omgaan met lastig gedrag van kinderen (klinische scores op RQI en PPC).

Bij ouders die de individuele Triple P niveau 4 interventie doorlopen, kan in bepaalde situaties worden besloten om al eerder onderdelen van niveau 5 in te zetten als duidelijk is dat problemen in de partnerrelatie of emotieregulatie en gebrek aan zelfvertrouwen de voortgang belemmeren. De beslissing om het programma daarmee uit te breiden is gebaseerd op het klinisch oordeel en de expertise van de betrokken professional in overleg met de ouder(s) over prioriteit van behandeldoelen.

Contra-indicaties (ofwel bovengrens) voor Triple P niveau 4 en 5 kunnen zijn:

- Het aangemelde kind heeft een gediagnosticeerde ontwikkelingsstoornis, gedragsstoornis of verstandelijke beperking (Triple P Stepping Stones kan dan een passender aanbod zijn);
- De persoonlijke problemen van ouders zijn dermate ernstig dat deelname aan de interventie niet haalbaar of wenselijk is (bv. bij huiselijke geweld of ernstige psychopathologie bij een van de ouders);
- Er dreigt gevaar voor de (emotionele) veiligheid van het kind, die om direct ingrijpen vraagt.
- Ernstige angstproblemen, een depressie of eetproblemen bij tieners.

Wat betreft de selectie van doelgroep benadrukken de programmaontwikkelaars van Triple P dat indicatie-criteria weliswaar houvast bieden, maar niet geldig hoeven te zijn in een specifieke situatie. Het is aan de professional om per situatie en in overleg met ouders een zorgvuldige afweging te maken of Triple P niveau 4 (zodanig aangevuld met niveau 5) een passend aanbod is voor het gezin in kwestie.

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, 2011). 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. 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.

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 et al., 2011, Sanders 2012).

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/>).

1.2 Doel

Hoofddoel

Het doel van Triple P niveau 4 is het voorkomen en/of verminderen van ernstige gedrags-emotionele en ontwikkelingsproblemen bij kinderen door de kennis, vaardigheden en het zelfvertrouwen van ouders te verbeteren.

Subdoelen

- Het versterken van de competentie van ouders zodat zij beter kunnen omgaan met veel voorkomende gedragsmoeilijkheden en ontwikkelingsproblemen van kinderen;

- Het gebruik van dwingende en streng straffende opvoedingspraktijken te verminderen;
- Verbeteren van de samenwerking en communicatie tussen partners over de opvoeding;
- Een afname van opvoedingsstress bij ouders.

Voor niveau 5 gelden dezelfde doelen, maar wordt meer specifiek ingezoomd op het opheffen van factoren die het effectief toepassen van de geleerde opvoedingsvaardigheden belemmeren met als subdoelen:

- Het verbeteren van probleemoplossende vaardigheden en self-efficacy van ouders zodat ze in staat zijn om problemen zelfstandig op te lossen (module oefensessies en copingvaardigheden);
- Het verbeteren van de persoonlijke copingvaardigheden van ouders zodat ze beter kunnen omgaan met negatieve emoties en stress die het effectief toepassen van de opvoedvaardigheden belemmeren (module copingvaardigheden);
- Een afname van negatieve interacties tussen partners ten gunste van meer constructieve manieren van communiceren en vergroten van de onderlinge steun (module partnersteun).

Het bereiken van de hierboven geformuleerde doelen voor Triple P 4/5 valt o.a. te meten door monitoring van het doelgedrag van kind en ouder, evaluaties van oefensituaties tijdens de interventie en de scores op de postinterventie vragenlijsten aangevuld met een cliënttevredenheidsvragenlijst.

1.3 Aanpak

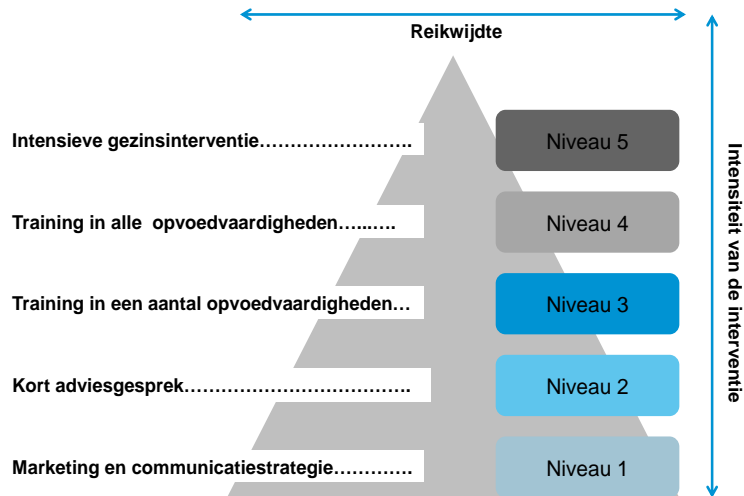
Werving/toeleiding

Voor het individuele begeleidingsprogramma worden ouders geïndiceerd door lokale zorgprofessionals en vindt de uiteindelijke selectie plaats tijdens de intakeprocedure. De Triple P oudercursus kan zowel een geïndiceerd als een vrij toegankelijk aanbod betreffen of een combinatie daarvan. Ouders worden geworven via lokale media of op het aanbod geattendeerd door professionals in pedagogische basisvoorzieningen zoals JGZ-verpleegkundigen, schoolmaatschappelijk werkers, interne begeleiders of oudercontactpersonen die ouders in de eigen taal kunnen aanspreken. Bij een vrij toegankelijk aanbod vindt de intake vaker telefonische plaats of via een informatiebijeenkomst vooraf.

Opzet van de interventie

Triple P niveau 4 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 interventiemodel



Triple P niveau 4 omvat een training in opvoedingsvaardigheden van 8 tot 10 sessies voor twee verschillende leeftijdsfasen en in twee verschillende modaliteiten (zie schema pagina 10):

- Standaard: 8 tot 10 individuele sessies met een professional
- Groep¹: 5 groepsbijeenkomsten en 3 individuele telefonische consulten voor maximaal 12 ouders

De niveau 4 interventie kenmerkt zich door een doelgerichte en gestructureerde werkwijze waarbij ouders in elke variant dezelfde stappen doorlopen (zie verder bij inhoud). Ouders krijgen informatie over het belang van een positieve opvoedingsomgeving om de ontwikkeling, het gedrag en zelfregulerend vermogen van kinderen te stimuleren en over factoren die het ontstaan van opvoedproblemen beïnvloeden dan wel in stand houden. Zij maken kennis met een brede waaier aan opvoedstrategieën en worden met behulp van een werkboek, instructiefilmpjes en rollenspel getraind in de toepassing van deze strategieën op verschillende gedragingen van hun kind in meerdere situaties. Het handboek voor professionals en het werkboek voor ouders bewaken de structuur en inhoud van de interventie die identiek is in alle varianten. Per sessie zijn de te doorlopen stappen samengevat in een checklist voor de professional.

¹ Deze variant heet in Nederland de Triple P Ouder cursus

Aanbiedingsvormen en selectie doelgroep				
Interventie	(Intermediaire) doelgroep	Selectie doelgroep	Aanbiedingsvorm	Duur /frequentie
Niv. 4 Standaard (2 – 12 jaar)	Kinderen van 2 tot 16 jaar met milde tot ernstige emotionele en gedragsproblemen	Klinische score op vragenlijsten (met name op kindgedrag en opvoedstijl ouders)	Individuele vaardigheids-training van ouders via huisbezoeken en spreekuur contact	8 tot 10 sessies
Niv. 4 Standaard Tieners (12-16 jaar)	Bezorgde ouders die gedrag van hun kind/ tiener problematisch en moeilijk hanteerbaar vinden.	Aanbevolen vorm voor : <ul style="list-style-type: none"> - laagopgeleide ouders - LVB ouders - meerdere gedragsproblemen kind annex risicofactoren in gezin 		Wekelijks 1,5 uur per sessie

<p>Niv. 4 Oudercursus (2 – 12 jaar)</p>	<p>Kinderen van 2 tot 16 jaar met milde tot ernstige emotionele en gedragsproblemen</p>	<p>Klinische scores op vragenlijsten (met name op kindgedrag en opvoedstijl ouders)</p>	<p>Groepsgerichte training in opvoedvaardigheden van ouders, aangevuld met individuele telefonische consultatie.</p>	<p>8 sessies: 5 groepsbijeenkomsten 3 tel. consultaties</p>
<p>Niv. 4 Oudercursus Tieners (12-16 jr)</p>	<p>Bezorgde ouders die gedrag van hun kind/ tiener problematisch en moeilijk hanteerbaar vinden</p>	<p>Aanbevolen vorm voor :</p> <ul style="list-style-type: none"> - preventieve strategie bij verhoogd risico - ouders in opvoedisolement - anderstaligen (aanbod in eigen taal) - ouder gemotiveerd/in staat om in groep te participeren 		<p>Wekelijks</p> <p>groepsessie: 5 x 2 uur</p> <p>tel. contact: 3 x 30 min.</p>

Triple P Niveau 5

Deze aanvullende interventie wordt uitsluitend in combinatie met een Triple P Standaard of Oudercursus aangeboden en omvat de volgende modules:

- Module 1: Oefensessies (1-3 sessies van ± 60 minuten)
- Module 2: Partnersteun (1-3 sessies van ± 60 minuten)
- Module 3: Copingvaardigheden (1- 3 sessies van 60-90 minuten)
- Module 4: Afronden en Vasthouden (1 sessie)

Triple P niveau 5 wordt aan een individuele ouder of beide ouders (of medeopvoeder) aangeboden en kan naar keuze thuis of in een instelling worden uitgevoerd. In het evaluatiegesprek van niveau 4 wordt besproken welke modules aan te bevelen zijn, in welke volgorde en welke ouder of opvoeder er aan deelnemen. De omvang en duur van niveau 5 is variabel en hangt samen met het aantal modules dat wordt ingezet. Het totale begeleidingstraject van niveau 4 in combinatie met 5 kan een periode van drie tot zes maanden bestrijken.

Inhoud van de interventie

De inhoud van niveau 4 is in alle aanbiedingsvormen hetzelfde en bevat een aantal verplichte onderdelen die stapsgewijs worden doorlopen. Dat zijn achtereenvolgens:

Stap 1: Wat is positief Opvoeden?

Bij de start maken ouders kennis met de vijf basisprincipes voor Positief Opvoeden: 1. Het bieden van een veilige en stimulerende omgeving; 2. Leren door positieve ondersteuning; 3. Een aansprekende discipline toepassen; 4. Realistische verwachtingen hebben 5. Goed voor jezelf als ouders zorgen.

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.

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 zeventien 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.

Werkwijze

De werkwijze van niveau 4/5 omvat psycho-educatie en informatieoverdracht, schriftelijke opdrachten in een werkboek, video- instructie en modeling en het oefenen van vaardigheden in rollenspel en thuisopdrachten. Enkele voorbeelden:

- *Psycho-educatie*; Ouders krijgen in een dvd-fragment kind-, ouder- en omgevingsfactoren (gepresenteerd als veel voorkomende opvoedvalkuilen) te zien die kunnen bijdragen aan het ontstaan van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen. Zij worden uitgenodigd om op een checklist in hun werkboek aan te kruisen welke daarvan zij herkennen in hun eigen situatie en hierover van gedachten te wisselen.
- *Persoonlijke doelen stellen*. In het werkboek noteren ouders doelen waar zij gedurende de interventie aan willen werken in het gedrag van hun kind en in hun eigen gedrag (wat kan de ouder doen om het kind daarbij te helpen). De vaardigheden die kinderen moeten leren, kunnen daar richting aan geven (b.v. kunnen samenspelen met andere kinderen) evenals opvoedvalkuilen die ouders bij zichzelf hebben ontdekt en nu willen vermijden (b.v. eerder ingrijpen bij kinderruzies in plaats van die te laten escaleren). De professional bewaakt dat doelen concreet en realistisch zijn en worden vertaald in kleinere werkdoelen per week.
- *Informatieoverdracht* over bijvoorbeeld de basisprincipes van positief opvoeden, vindt plaats via een korte mondelinge verantwoording en het bekijken van een videofragment waarbij na afloop ruimte is voor vragen en visies van ouders. Het werkboek biedt ouders de mogelijkheid om behandelde stof en de thuisopdracht nog eens door te lezen of zich voor te bereiden op de volgende sessie. Het dient ook als hulpbron na afronding van de interventie.
- Het *verwerken van informatie* gebeurt met behulp van invuloefeningen en opdrachten in het werkboek. Na het zien van een videofragment over het belang van regels worden ouders uitgenodigd te noteren welke regels zij in hun gezin belangrijk vinden. In een individueel of groepsgebesprek kan worden gecheckt of deze voldoen aan de criteria van een duidelijke regel.
- Bij het *trainen van vaardigheden* leren ouders aan de hand van een dvd-fragment en/of een demonstratie van de professional uit welke stappen een opvoedstrategie is opgebouwd. Ze oefenen daarmee in geregisseerde rollenspellen waarin het juist toepassen van de strategie centraal staat. De opvoedstrategie 'een duidelijke instructie geven' bestaat bijvoorbeeld uit de volgende stappen: ga naar je kind toe; zorg dat je zijn/haar aandacht hebt; zeg je kind kort en bondig wat hij/zij moet doen; geef je kind even de tijd om mee te werken; prijs je kind als het meewerkt. Na een gedragsoefening volgt altijd een zelfevaluatie van de stappen die goed gingen of nog verbetering behoeven. Bij de afronding van de sessie bepalen ouders met welke

strategieën zij thuis gaan oefenen waarbij zij op een checklist in hun werkboek kunnen bijhouden in hoeverre dat is gelukt (monitoring).

- Het *generaliseren* van opgedane kennis en vaardigheden wordt bevorderd door in verschillende contexten met een bepaalde opvoedaanpak te oefenen. Dat gebeurt door het opstellen van stappenplannen of routines voor veelvoorkomende vormen van probleemgedrag waarin verschillende opvoedstrategieën met elkaar worden gecombineerd. Bij ruzies tussen kinderen is bijvoorbeeld de volgorde: het geven van een duidelijke stopinstructie en benoemen van alternatief gedrag; kinderen prijzen als ze de instructie opvolgen; ingrijpen als kinderen doorgaan met ruzie maken; het ongewenste gedrag en de logische consequentie benoemen; het uitvoeren van de consequentie (b.v. computer gaat 15 minuten uit); eventueel protest van het kind negeren; na 15 minuten de kinderen weer op gang helpen en wenselijk gedrag bekrachtigen zodra het zich voordoet of, als de ruzie weer oplaait, de consequentie toepassen voor een langere tijd. Belangrijk is om voldoende oefensituaties te creëren totdat ouders deze routines zelfstandig kunnen toepassen in situaties die niet geoefend zijn.
- Bij het *anticiperen op risicovolle situaties* richt de focus zich op het voorkomen van problemen door risico's tijdig in te schatten, vooraf met het kind duidelijke afspraken te maken wat van hem/haar wordt verwacht en wat de regels zijn in die situatie; het sneller bekrachtigen van wenselijk gedrag en tenslotte om situaties niet te laten escaleren door snel en daadkrachtig op te treden als het ongewenste gedrag zich onverhoopt toch voordoet. Het nabespreken en evalueren van de situatie met het kind en formuleren van verbeterpunten voor een volgende keer is de laatste stap.

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. De rol van de professional is ondersteunend en aanvullend. Waar nodig stimuleert deze de ouder met behulp van 'hints' om zo concreet mogelijk te beschrijven wat er gebeurde. Door in te zoomen op wat de ouder nu precies deed of zei en wat de reactie van het kind was, leert de ouder wat hij of zij goed deed en welk opvoedgedrag het verschil maakt (*Wat heb ik gedaan dat mijn kind nu wel luisterde*). Belangrijk aandachtspunt voor de professional is om de eigen ondersteunende rol en feedback gedurende de loop van de interventie geleidelijk af te bouwen.

Verskil tussen 0 – 12 jarigen en tienerversie

De tienerversie kent dezelfde clusters aan opvoedstrategieën maar waar relevant zijn die aangepast aan deze specifieke ontwikkelingsfase (Ralph & Sanders 2009). 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).

Vershil tussen aanbiedingsvormen

De individuele interventie **Triple P Standaard** heeft drie oefensessies waarin ouders thuis onder begeleiding van een professional oefenen met de toepassing van de strategieën samen met hun kind of tiener. Bij deze variant is er meer ruimte om het tempo en het aantal oefensessies af te stemmen op de behoeften en leervermogen van het deelnemende gezin.

Bij de **Triple P Oudercursus** wordt de eerdergenoemde inhoud in groepsverband doorgenomen en bediscussieerd. De opvoedstrategieën worden in subgroepen geoefend waarbij ouders beurtelings de rol van kind, ouder en observator vervullen. De persoonlijke begeleiding is bij deze variant minder intensief maar het leren van elkaar heeft ook een meerwaarde. Na de vierde bijeenkomst gaan ouders drie weken lang zelfstandig aan de slag met op hun specifieke situatie toegesneden stappenplannen. Ze worden hierbij ondersteund in wekelijkse telefonische consultaties van hun cursusleider. Ouders krijgen ook het advies om uit de groep een maatje te kiezen om elkaar te ondersteunen en motiveren. Bij de groepsinterventie is er minder ruimte voor flexibele toepassing hoewel ook daar variaties voorkomen in de vorm van minder/meer telefonische consultatie, een extra bijeenkomst of een combinatie van groepsbijeenkomsten en thuisbegeleiding.

Overstap naar niveau 5

Soms zijn er bij de intake al signalen dat niveau 4 mogelijk niet genoeg zal zijn. Gezien het principe van '*minimal sufficiency*' valt het besluit over de inzet van een of meer onderdelen van Triple P niveau 5 pas als de noodzaak daartoe duidelijk is geworden, omdat er geen of weinig vooruitgang wordt geboekt. Op dat moment staan ouders ook meer open voor een gesprek over factoren die een succesvolle toepassing van de aangeboden opvoedstrategieën belemmeren.

In een evaluatiegesprek wordt onderzocht welke obstakels zich voordoen en wat op dat moment de grootste zorgen van ouders zijn. De scores op de pré- en post-interventie (indien beschikbaar) vragenlijsten worden hierin meegenomen. Ook wordt de bereidheid van ouders onderzocht om problemen aan te pakken die niet specifiek de omgang met het kind betreffen zoals de communicatie met hun partner of het leren omgaan met negatieve emoties. In overleg met ouders wordt bepaald welke niveau 5 modules relevant zijn en in welke volgorde.

1. De **Module Oefensessies** wordt ingezet bij ouders die behoefte hebben om onder begeleiding extra te oefenen met de toepassing van de opvoedstrategieën. Bijvoorbeeld in plaats van de telefonische consultaties bij de oudercursus of als extra boost tijdens of na afronding van de individuele interventie.
2. In de **Module Copingvaardigheden** leren ouders een aantal technieken om beter te kunnen omgaan met onaangename emoties en stressreacties die hen belemmeren om de strategieën voor positief opvoeden effectief toe te passen. Er wordt geoefend met verschillende ontspanningstechnieken en copingvaardigheden om onaangename emoties en ondermijnende gedachten beter te kunnen hanteren zoals helpende uitspraken formuleren, denkfouten onderkennen en het actief bestrijden van ondermijnende gedachten. In de laatste fase leren ouders de geleerde technieken combineren met de strategieën voor positief opvoeden. Anticiperen op risicovolle situaties door je daar mentaal en praktisch op voor te bereiden, vormt daarin de kern.
3. In de **Module Partnersteun** wordt gewerkt aan een goede communicatie en samenwerking tussen partners in de opvoeding. Met behulp van een checklist analyseren ouders de eigen manier van communiceren en formuleren daarin verbeterpunten. Zij oefenen met dagelijkse uitwisseling over de kinderen, met het

geven van constructieve feedback en hoe zij elkaar kunnen steunen bij het omgaan met probleemgedrag van kinderen. Met afnemende begeleiding van de professional oefenen ouders een aantal malen met de stappen van een probleemoplossend gesprek om een recent opvoedprobleem gezamenlijk tot een oplossing te brengen.

4. De **Module Vasthouden en Afronden** is een eenmalige sessie ter afronding van de niveau 5 interventie. De opzet is identiek is aan de afronding van niveau 4. De gemaakte vorderingen en het vasthouden van wat bereikt is, worden besproken evenals het anticiperen op toekomstige problemen. Tenslotte vullen ouders nogmaals de post-interventie vragenlijsten in.

Bij de modules 1, 2 en 3 zijn drie sessies doorgaans voldoende om tot een uitvoeringsniveau te komen waarbij ouders de geleerde kennis en technieken zelfstandig en in combinatie met de geleerde opvoedstrategieën kunnen toepassen.

2. Uitvoering

2.1 Materialen

Materialen voor de Triple P train-de-trainers:

- PowerPointpresentatie per trainingsniveau met aanwijzingen voor de uitvoering
- Trainings-dvd 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 van de niveau 4 en 5 interventies

Hierin zijn de achtergronden en onderbouwing van het Triple P programma en de specifieke interventie beschreven. Het handboek beschrijft wat de interventie aan voorbereiding vraagt en biedt een uitgebreide beschrijving van elke uit te voeren sessie met een beknopte checklist voor de professional van uit te voeren onderdelen. Er is een apart hoofdstuk over de procedures voor het verzamelen van informatie met de aanbevolen meetinstrumenten en een hoofdstuk dat ingaat op het hanteren van veelvoorkomende procesproblemen tijdens de interventie.

Voor de oudercursus (kind of tiener) is een PowerPointpresentatie beschikbaar voor alle groepssessies.

Er is er een Triple P-website voor beroepskrachten waar voor geaccrediteerde professionals per interventie 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 bij niveau 4:

- Werkboek voor ouders; 0-12 jaar of 12-16 jaar
Hierin zijn alle informatie, oefeningen en werkbladen opgenomen.
- DVD Wegwijzer voor ouders; 0-12 jaar of 12-16 jaar
Voor gebruik tijdens de sessies is een dvd beschikbaar met uitleg en video-instructie van alle opvoedstrategieën (met voice-over en ondertiteling in het Turks, Marokkaans-Berbers, media Arabisch en Nederlands).
- Tip sheets
Aanvullende informatiefolders over ouderschap en veelvoorkomende opvoedingsproblemen bij kinderen in verschillende ontwikkelingsfasen; over opvoeden en ouderschap (7); babies (4); peuters(10); kleuters (10), basisschoolleeftijd (13) en tieners (12).

Materialen voor ouders bij niveau 5:

- Werkboekje *Omgaan met stress* (module Coping vaardigheden)
- Werkboekje *Partnersteun* (module Partnersteun)
- Dvd met video instructie van de behandelde vaardigheden en ontspanningstechnieken

2.2 Locatie en type organisatie

De Triple P niveau 4 en 5 interventies kunnen zowel bij een gezin thuis als binnen een instelling worden uitgevoerd. Bijvoorbeeld in een traject van ambulante

gezinsbegeleiding vanuit een instelling voor geïndiceerde jeugdhulp of jeugd GGZ, gespecialiseerde thuiszorg of vanuit een jeugdwijkteam, lokale welzijnsinstelling of Centrum voor Jeugd en Gezin.

2.3 Opleiding en competenties van de uitvoerders

Uitvoerders van Triple P niveau 4 en 5 zijn professionals die zich in hun werk bezighouden met ambulante hulp aan ouders en gezinnen met opvoedproblemen. Dat kan zijn vanuit een jeugdwijkteam, school-maatschappelijk werk, een instelling voor geïndiceerde jeugdhulp of jeugd GGZ, MEE, speciaal onderwijs, gespecialiseerde thuiszorg et cetera. De cursusleiders die de groepsinterventie uitvoeren, kunnen zowel in de preventieve opvoedingsondersteuning als in de geïndiceerde jeugdhulp werkzaam zijn. Professionals die Triple niveau 4 en 5 uitvoeren zijn minimaal op hbo-niveau geschoold en hebben een 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 drie (training niveau 4) of twee dagen (niveau 5) met een afsluitende accreditatie-workshop van een dagdeel. Om de niveau 5 training te kunnen volgen moeten professionals eerder zijn geaccrediteerd voor Triple P niveau 4. In de training doen professionals kennis op over de onderbouwing, inhoud en uitvoering van de niveau 4 of 5 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. Ongeveer acht weken na de training volgt de accreditatieworkshop waarin professionals in een rollenspel enkele belangrijke onderdelen uit de interventie moeten demonstreren en aantonen dat zij beschikken over de competenties die noodzakelijk zijn voor een succesvolle uitvoering van de interventie.

2.4 Kwaliteitsbewaking

Verplichte training en accreditatie

Het vooraf volgen van een training en succesvol afronden van een multiple-choice kennisquiz en demonstratie van de benodigde competenties in een accreditatieworkshop is een vereiste om kwaliteit van uitvoering te bevorderen. Daarna zijn professionals gecertificeerd om het programma zelfstandig uit te voeren en worden zij als erkende uitvoerder opgenomen in de databank van Triple P International.

Ondersteuning op de werkvloer

Het duurt enige tijd voordat professionals zich alle ins en outs van een Triple P-interventie eigen hebben gemaakt. Stafleden of gedragswetenschappers die de opdracht hebben om de invoering van Triple P te ondersteunen doen bij voorkeur ook mee aan de training. Een belangrijk aandachtspunt is dat professionals na training en accreditatie zo snel mogelijk tot uitvoering van de interventie kunnen overgaan.

De kwaliteit van de uitvoering wordt verder bevorderd door het bijwonen van intervisie bijeenkomsten gericht op het programmatrouw en flexibel kunnen uitvoeren van de methodiek, het leren hanteren van procesproblemen en overwinnen van obstakels bij de uitvoering. De aanbeveling van Triple P Nederland (Stichting Families Foundation) is dat

professionals in het eerste jaar na training minimaal vier keer begeleide intervisie krijgen volgens het PASS-model. In dit model wordt het zelfregulerend vermogen van professionals gestimuleerd opdat zij in staat zijn om na het eerste uitvoeringsjaar de intervisie zelfstandig voort te zetten in de vorm van (inter)collegiale peer-support (McPherson, Sanders, Schroeter, Troy & Wiseman, 2016).

Bij de grotere implementatietrajecten in de startfase van de invoering van Triple P is intervisie als verplicht onderdeel meegenomen in de startbegroting. Bij een kleinschalige invoering waarbij maar enkele professionals worden getraind is het zoeken naar alternatieven. Soms kunnen pas getrainde professionals steun bij de uitvoering krijgen van reeds ervaren collega's of aansluiten bij een bestaande intervisiegroep, peer-supportgroep, of leer-werkgemeenschap (Amsterdam). De Triple P intervisie begeleiders zijn meestal stafleden of gedragswetenschapper van de betrokken instellingen. Een eis is dat zij zelf de training hebben bijgewoond van het interventieniveau waarop zij intervisie geven en daarnaast een intervisieworkshop hebben gevolgd. Meer recentelijk worden vooral Triple P trainers ingezet voor intervisie aan professionals.

Verdiepingsworkshops

Om de kwaliteit van uitvoering te versterken, kunnen professionals verschillende workshops volgen om zich te verdiepen in onderwerpen die belangrijk zijn bij de uitvoering van het programma zoals Triple P en Culturele Diversiteit, Programmatrouw en Flexibele toepassing, Weerstand en motivatie, Werken met vragenlijsten, Werken met Tip sheets, Kort adviesgesprek et cetera. De verdiepingsworkshops worden uitgevoerd door gecertificeerde Triple P trainers. De best bezochte workshops zijn die over omgaan met diversiteit en flexibele uitvoering.

Online ondersteuning voor beroepskrachten

Er is een speciale website voor gecertificeerde beroepskrachten via welke zij hun materialen kunnen bestellen, op de hoogte worden gehouden van updates en nieuwe ontwikkelingen, en waar zij hun vragen kwijt kunnen. In de rubriek Vraag & Antwoord is een groot aantal filmpjes opgenomen rond veelgestelde vragen/procesproblemen in de uitvoering van het programma met praktische suggesties voor de aanpak daarvan. Voorbeelden van dergelijke vragen zijn:

- *Hoe voorkom ik dat mijn sessie steeds uitloopt?*
- *Hoe ga ik om met een ouder die op een risicovolle en ineffectieve manier probleemgedrag aanpakt, en ervan overtuigd is dat het werkt?*

Er zijn inmiddels 35 filmpjes beschikbaar en elke maand wordt er weer een nieuwe aan toe gevoegd.

Monitoring van proces en resultaten

De programma ontwikkelaars leggen veel nadruk op monitoring van het veranderingsproces (zowel door ouders zelf als door professionals) om de kwaliteit van uitvoering en voortgang op de gestelde doelen te bewaken. In het werkboek is bij elke sessie een checklist opgenomen, waarop de professional noteert welke stappen zijn gevolgd, of wat redenen waren om van het programma af te wijken. Gerelateerd aan de bereikte resultaten kunnen deze aanpassingen bespreekpunten zijn in intervisie of werkbegeleiding.

Op cliëntniveau wordt de kwaliteit van uitvoering bewaakt door het afnemen van pre- en post interventie vragenlijsten om te kunnen beoordelen of de bij aanvang 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 (ASRA=Automated Scoring and Reporting Application) op de (besloten) Triple P beroepskrachten website. Deze monitor helpt professionals om de

scores op de verschillende vragenlijsten automatisch te berekenen en te vergelijken met de klinische grenswaarden. Het systeem biedt ook inzicht in de effectiviteit van de ondersteuning door voor- en nametingen met elkaar te verbinden. Een (Engelstalige) instructievideo en een handleiding in 10 stappen helpen professionals hiermee op weg. Ook in het landelijke registratie programma Bergop is er een mogelijkheid om Triple P niveau 4 interventies te registreren en resultaten te monitoren. 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). Bij de deelnemers wordt voor en na afloop van de training en vervolgens nogmaals bij de accreditatie-workshop een assessment checklist afgenomen om te kunnen beoordelen of de door hen gevolgde training heeft bijgedragen aan het vergroten van de competenties van de beroepskrachten voor die specifieke interventie.

Triple P Nederland (Stichting Families Foundation) bewaakt de kwaliteit van de trainingen door een evaluatieformulier waarin deelnemers hun waardering voor de inhoud, bruikbaarheid en begeleiding van de gevolgde training, accreditatie of verdiepingsworkshop noteren. Triple P verwacht van trainers dat zij op een 7-puntsschaal een tevredenheidsscore van gemiddeld 6 of hoger behalen. Als dat niet het geval is, start een verbetertraject.

De door TPI gecertificeerde trainers moeten tweejaarlijks voldoende punten behalen om hun bekwaamheid op peil te houden en hun bevoegdheid als trainer te behouden. Dat kan door regelmatig Triple P trainingen of accreditatie workshops uit te voeren, landelijk trainersoverleg of bijscholing bij te wonen en verplichte deelname aan een intervisiegroep met collega-train-de-trainers. Ook het verzorgen van verdiepingsworkshops of intervisie aan professionals kan punten opleveren.

2.5 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 werkboeken en Dvd's voor ouders aan te schaffen;
- Het management maakt afspraken met de professional over het aantal uit te voeren oudercursussen of minimaal aantal gezinnen dat de professional met Triple P niveau 4 en 5 gaat ondersteunen;
- Het management biedt de professional voldoende (flexibele) tijd om de gestelde targets 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 (vooral belangrijk bij de Triple P oudercursus).

2.6 Implementatie

Voor de implementatie van een of meerdere Triple P-interventieniveaus is het model *Kansrijk Implementeren* ontwikkeld (Berns, van Bommel & van Rijn, 2014). In het model wordt onderscheid gemaakt tussen een voorbereidende, uitvoerende en borgingsfase met bijbehorende hulpmiddelen voor de betreffende gemeente of instelling zoals een checklist van de uit te voeren activiteiten per fase en gestructureerde formats (*Format 'Implementatieplan Triple P Gemeente'* en *Format 'Implementatieplan Triple P Instelling'*). Het doel van het model is om een kwalitatief hoogwaardige en duurzame implementatie te bevorderen.

Dit model 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.

Voor de intervisie aan professionals worden vaker gecertificeerde trainers van Triple P Nederland ingezet. Vanwege hun grondige kennis van de interventie zijn zij beter in staat om de onwennigheid te helpen overwinnen die startende professionals ervaren met de doelgerichte en gestructureerde werkwijze van Triple P in combinatie met een flexibele toepassing. Om het monitoren van resultaten te stimuleren en faciliteren is de Triple P monitor gratis toegankelijk via de website voor beroepskrachten. Tevens is een informatieblad voor professionals over het belang van dataverzameling.

Het onderzoek naar de uitvoering van Triple P is in 2016 herhaald in de vorm van 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 tijdens het

landelijke Triple P overleg (2x per jaar) teruggekoppeld aan de lokale coördinatoren, zodat zij zo nodig veranderingen konden doorvoeren in hun organisatie of regio.

2.7 Kosten van de interventie

Interventie	Training en accreditatie (eenmalig)	Uitvoering (per interventie)	Oudermateriaal (per interventie)
Niveau 4 individueel	3 trainingsdagen 1 dagdeel accreditatie Tijdsinvestering: 50 uur Kosten: € 1.206 incompany € 2.090 open aanbod	Gemiddeld 10 sessies van 60 – 90 min. Totaal inclusief voorbereiding en registratie: 20 uur per interventie	2-12 jaar Dvd: € 60,44 + werkboek € 16,80 Tieners Dvd: € 71,33 Werkboek € 28,25
Niveau 4 oudercursus	3 trainingsdagen 1 dagdeel accreditatie Tijdsinvestering: 50 uur Kosten: € 1206 incompany € 2090 open aanbod	Gemiddeld 5 sessies van 120 min. Gemiddeld 3 tel. sessies van 30 min (x 10 deelnemers) Totaal inclusief voorbereiding en registratie: 35 uur per oudercursus	0-12 jaar Werkboek € € 13,41 Tieners Werkboek € 20,25
Triple P Niveau 5	2 trainingsdagen 1 dagdeel accreditatie Totaal: 32 uur Kosten: € 943 incompany € 1.450 open aanbod	Gemiddeld 5 tot 10 uur per module	Werkboek per module: € 6,31 Bij sommige modules Dvd: € 6,31

Bij de trainingskosten zijn het handboek voor de uitvoering van de interventie en de dvd-wegwijzer voor ouders inbegrepen. De trainingskosten variëren al naar gelang het een open training of een in company uitvoering betreft en welke trainingen een professional al eerder heeft gevolgd. Ook zijn combinatie trainingen mogelijk (bijvoorbeeld Groep en Standaard in een vijfdaagse training) tegen een gereduceerd tarief

Haalbaarheid van gestelde doelen

Meta-analyses naar de effectiviteit van Triple P niveau 4 voor kinderen met klinisch vastgestelde gedragsproblemen laten positieve uitkomsten zien op het gedrag van kinderen en de competentie van ouders onafhankelijk van de gekozen uitvoeringsvorm (de Graaf et al, 2008, Nowak & Heinrichs 2008).

Aan te nemen valt dat de interventies in de geïncludeerde RCT's voldeden aan de regels met betrekking tot de uitvoering van Triple P niveau 4 in de praktijk zoals de noodzakelijke tijdsinvestering en vereiste deskundigheid van de uitvoerende professionals. Op basis daarvan is de conclusie gerechtvaardigd dat in een land als Nederland met een doorgaans goed geschoolde beroepsbevolking en voldoende armslag voor de begeleiding van gezinnen met opvoedproblemen het mogelijk moet zijn om binnen de hier beschreven randvoorwaarden, positieve resultaten te bewerkstelligen bij het merendeel van de beoogde doelgroep.

Vanzelfsprekend zullen sommige doelgroepen zoals multi-problem gezinnen, ouders met een licht verstandelijke beperking of laagopgeleide ouders met een beperkte beheersing van de Nederlands taal soms meer tijd van een professional vragen dan hier is aangegeven. Tijd die over het algemeen beschikbaar lijkt te zijn binnen de huidige trajecten voor ambulante gezinsbegeleiding. Nederlands onderzoek naar de effectiviteit van Triple P niveau 4 voor gezinnen met meervoudige problematiek bracht aan het licht dat de uitvoering van de interventie vaak meer tijd kostte dan het aantal vastgestelde uren maar tegelijkertijd minder tijd in beslag nam dan een care as usual traject, zelfs met toevoeging van niveau 5 onderdelen (Onrust et al, 2012).

Een in Amsterdam uitgevoerd evaluatieonderzoek naar de uitvoering van de Triple P groepsinterventie voor ouders met een migratieachtergrond liet zien dat cursusleiders die met deze doelgroep werken meer tijd nodig hebben om het programma tot een goed einde te brengen maar dat kunnen oplossen door bijvoorbeeld een sessie wat langer te laten duren of een extra bijeenkomst toe te voegen (Distelbrink et al., 2011).

In een recent onderzoek naar de Triple P cursus voor ouders van tieners valt met betrekking tot programma integriteit op dat cursusleiders veel ruimte geven aan ervaringsverhalen van ouders en dat er nog winst valt te behalen met doelgericht werken en effectief kunnen omgaan met de beschikbare tijd.

<https://www.verwey-jonker.nl/publicaties/2018/aan-het-werk-met-triple-p-tieners>

3. Onderbouwing

3.1 Probleem

Triple P niveau 4/5 richt zich op milde tot ernstige gedrags-, emotionele en ontwikkelingsproblemen van kinderen in de leeftijd van 0 tot 16 jaar en daarmee samenhangende opvoedingsproblemen van ouders. Deze kunnen elkaar negatief beïnvloeden en versterken. Problematisch gedrag van kinderen, al dan niet samenhangend met een bepaalde ontwikkelingsfase, doet een extra beroep op de opvoedcompetentie van ouders. Omgekeerd kan onzekerheid over de juiste aanpak en/of gebrekkige opvoedingsvaardigheden van ouders om ongewenst gedrag van kinderen te hanteren, leiden tot een dysfunctioneel opvoedpatroon dat problemen doet toenemen of in stand houdt.

Wat betreft de omvang van het probleem, is de schatting dat ongeveer 15% van de jeugdigen in Nederland serieuze kind- en opvoedproblemen heeft waarbij voor 5% van de kinderen geldt dat er sprake is van ernstige structurele problemen (Zeijl, Crone, Wiefferink, Keuzenkamp & Reijneveld, 2005; van Dorsselaer, de Looze, Vermeulen-Smit, de Roos, Verdurmen, ter Bogt & Vollebergh, 2010). Op basis van een grootschalige enquête onder ouders van kinderen van 3 tot 18 jaar (n= 25.000), noemt het CBS een percentage van 10% als het gaat om een mogelijk beroep op de jeugdzorg bij de aanpak van deze problemen (Bot, de Roos, Sadiraj & Keuzenkamp, 2013). Wat betreft de aard van de problemen geven de zelfrapportages van ouders het volgende beeld:

- 11% van de 3- tot 18-jarigen heeft last van externaliserende gedragsproblemen zoals ongehoorzaamheid, boos en agressief gedrag, liegen en stelen;
- 13,8% van de kinderen heeft volgens ouders problemen met het aangaan van sociale relaties zoals moeilijk vriendjes kunnen maken of gepest worden;
- 14% van de kinderen vertoont hyperactief en impulsief gedrag en heeft aandachtsproblemen;
- 12,8% van de kinderen heeft emotionele problemen zoals teruggetrokken en angstig gedrag, stemmingsproblemen en psychosomatische klachten.

Emotionele en gedragsproblemen van kinderen gaan dikwijls gepaard met opvoedingsproblemen en een verstoorde ouder-kind relatie. In de hierboven genoemde enquête is bijna 12% van de ouders van kinderen van 0 tot 18 jaar ontevreden over de relatie met hun kind en voelt 17% van de ouders 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).

3.2 Gevolgen

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 leeftijdgenoten 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, Feinn, Bernard, Brereton & Kaufman, 2013). Probleemgedrag van kinderen kan een neerwaartse spiraal van aversieve en coercieve 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 leeftijdgenoten 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, Knapp, Henderson & Maughan, 2001; Mihalopoulos, Vos, Pirkis & Carter, 2011).

3.3 Oorzaken

Een gebrek aan een warme en positieve ouder-kind relatie, onveilige hechting, strenge of inconsistente disciplineren, conflicten tussen partners, ouderlijke psychopathologie vergroten het risico dat kinderen ernstige gedrags- en emotionele problemen ontwikkelen (Coyne & Downey, 1991; Loeber & Farrington, 1998; Coyne & Downey, 1991; Chamberlain, Reid, Ray, Capaldi, Fisher, 1997; Webster-Stratton & Hammond, 1999; Buehler & Gerard, 2002).

Gedragsproblemen kunnen ook ontstaan als er sprake is van een aanlegfactor bij het kind zoals ADHD, een (licht) verstandelijke beperking of een moeilijk temperament (Collins, Macoby, Steinberg, Hetherington & Bornstein, 2000; Nelson, Stage, Duppong-Hurley, Synhorst & Epstein, 2007). In die situaties doet de dagelijkse omgang met het kind een groot beroep op de opvoedingsvaardigheden van ouders wat kan leiden tot een toename van opvoedstress en ineffectief opvoedingsgedrag. Pedagogische onmacht neemt toe als ouders bij hun opvoedtaak weinig steun uit hun omgeving ervaren (Izzo & Weiss, 2000).

Ongunstige omgevingsfactoren kunnen mede de oorzaak zijn van gedragsproblemen bij kinderen. Bijvoorbeeld het meemaken van een problematische echtscheiding, psychische problemen of werkloosheid van ouders, armoedeproblematiek, sociale achterstelling, gebrek aan sociale steun et cetera. (Bitsko, Holbrook & Robinson, Kaminsky, Ghandour, Smith & Peacock, 2016). Ongunstige omgevingsfactoren hebben vooral impact op het kind in de mate waarin ze impact hebben op ouders (Evans, Boxhil, & Pinkaya, 2008; de Roos, Bucx & Geijer, 2011).

Een hoge mate van ouderlijke steun en positieve ouder-kind interacties vormen daartegenover een belangrijke beschermende factor voor de ontwikkeling van kinderen. Negatieve effecten zoals het wonen in een onveilige buurt hebben dan nauwelijks impact op kinderen (Odgers et al., 2012). 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, Laird, Dodge, Bates & Criss, 2001; [Patterson, DeGarmo & Forgatch, 2010](#)).

3.4 Aan te pakken factoren

De Triple P-interventie richt zich op veranderbare risico- en beschermende factoren in de directe omgeving van kinderen gericht op het bevorderen van een positief en ondersteunend opvoedingsklimaat. 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 hanteren van 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).

Triple P niveau 5 richt zich op het aanpakken van negatieve gezinsfactoren die een effectieve toepassing van de geleerde opvoedstrategieën belemmeren zoals conflicten tussen partners over de opvoeding en gebrek aan onderlinge steun (subdoel 3) en/of problemen in het hanteren van negatieve emoties en stress (subdoel 4), gebrek aan zelfvertrouwen bij ouders en negatieve attributies over het gedrag van kinderen of het eigen opvoedgedrag (Sanders, Dadds & Turner, 2003).

3.5 Verantwoording

Oudertrainingen zijn een effectieve aanpak

Om gedrags- en emotionele problemen bij kinderen te verminderen is het aanbieden van een intensieve 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, Priester, Davies & Azen, 2006).

Diverse reviews en metastudies tonen aan dat vooral gedragsmatige oudertrainingen effectief zijn in het beïnvloeden van relevante risico- en beschermende factoren voor het ontstaan van gedragsproblemen bij kinderen (Serketich & Dumas, 1996; Kazdin, 2005; Lundahl et al., 2006; Reyno & McGrath, 2006; Piquero, Farrington, Welsh, Tremblay & Jennings, 2008; Eyberg, Nelson & Boggs, 2008, Foolen 2010).

De Triple P niveau 4 interventie is 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, Lafko, Parent & Burt, 2014; Gardner et al., 2010). Hoewel er betere resultaten worden bereikt bij vaardigheidstrainingen voor ouders van jongere kinderen, zijn er voldoende aanwijzingen dat ook ouders van tieners baat hebben bij versterking van hun

opvoedvaardigheden (Brosnan & Carr, 2000; Lundahl, et al., 2006; Goossens & de Graaf, 2010; Lindsay, Strand & Davis, 2011).

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, Matias, Futh, Tantam & Scott, 2013) en toegenomen self-efficacy en welbevinden bij moeders (Barlow, Coren & Stewart-Brown, 2002).

Actief oefenen van vaardigheden

Effectieve oudertrainingen maken gebruik van een combinatie van kennisoverdracht, het actief oefenen van vaardigheden tijdens sessies en gerichte aandacht voor een persoonlijk plan van aanpak voor het omgaan met lastige opvoedsituaties (Kane, Wood & Barlow, 2007; Wyatt Kaminski, Valle, Filene & Boyle, 2008; Foolen, 2010). Deze werkwijze is ook typerend voor Triple P niveau 4. 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, Davenport, Frew, Barlow, Stewart-Brown & Bayliss, 2009; Michelson, Davenport, Dretzke, Barlow & Day, [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).

Aanpak van belemmerende factoren

Het vasthouden van positieve veranderingen verloopt minder succesvol als gedragsproblemen van kinderen mede in stand worden gehouden door ongunstige omgevingsinvloeden zoals gezinsconflicten of persoonlijke aanpassingsproblemen van ouders (Dadds, Schwartz & Sanders, 1987; Dadds & Powell, 1991; Reyno & Mc Grath, 2006). De uitkomsten van oudertrainingen kunnen worden versterkt als de interventie wordt uitgebreid met een gerichte aanpak van deze factoren zoals het verbeteren van de samenwerking tussen ouders, het leren hanteren van negatieve emoties en stress of het trainen van communicatieve en probleemoplossende vaardigheden (Serketich & Dumas, 1996; Taylor & Biglan, 1998; Sanders & McFarland, 2000; McCart et al., 2006; Michelson et al., 2013). De uitbreidingsmodules van Triple P niveau 5 zijn gericht op het terugdringen van deze belemmerende gezinsfactoren (Sanders, Bor & Morawska, 2007; Sanders, Markie-Dadds & Turner, 2011). De module Copingvaardigheden is gebaseerd op de Cognitieve Gedragstherapie (Beck, 2011) die inzicht biedt in de invloed van gedachten (verwachtingen, attributies, opvattingen) op het handelen gevoel van self-efficacy van een persoon. Ouders oefenen met technieken om zichzelf te ontspannen en leren hun ondermijnende gedachten te onderkennen, bestrijden en vervangen door meer helpende uitspraken. In combinatie met de geleerde opvoedstrategieën leidt dit ertoe dat ouders

zich beter staande weten te houden op stressvolle momenten en ongewenst gedrag van kinderen met meer zelfvertrouwen weten te hanteren (Sanders, Markie-Dadds, Tully & Bor, 2000, Sanders & Woolley, 2005). In de module Partnersteun analyseren ouders met behulp van een checklist de eigen manier van communiceren en formuleren hierna doelen ter verbetering. In rollenspellen wordt geoefend met het geven van constructieve feedback, elkaar steunen (i.p.v. ondermijnen) bij problematisch gedrag van kinderen en het voeren van probleemoplossende gesprekken over hoe om te gaan met lastige opvoedsituaties. De gekozen aanpak maakt dat ouders zich competentier gaan voelen en besluitvaardiger durven optreden in lastige opvoedsituaties. Als partners beter samenwerken leidt dit ook tot een meer consistente aanpak van ongewenst gedrag van kinderen wat gedragsproblemen doet afnemen (Ireland, Sanders, & Markie-Dadds, 2003) Internationaal onderzoek naar het effect van aanvullende programma's op verbeteringen in ouder- en kindgedrag laat overigens wisselende resultaten zien wat ervoor pleit om per situatie een goede afweging te maken over de meerwaarde daarvan (Sanders, Bor & Morawska, 2007).

Kernelementen

Naast de gedragsmatige insteek heeft Triple P-niveau 4/5 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, Forster, Sundell, & Melin, 2010; Shelleby & Kolko, 2015). Een op de persoon afgestemde dosering en benutten van reeds aanwezige competenties is een kernelement in de Triple P-aanpak. De vastgestelde duur/frequentie van de interventie (8 tot 10 sessies) is bedoeld om met efficiënt en effectief gebruik van personele inzet en middelen zo veel mogelijk gezinnen met kinderen met emotionele en gedragsproblemen te kunnen ondersteunen.

Er zijn meerdere aanwijzingen dat korte en gerichte oudertrainingen effectief kunnen zijn. Een systematische review van acht studies naar kortdurende oudertrainingen (< 8 sessies) volgens het Behaviour Family Intervention model, laat middelgrote tot grote effectgroottes zien op vermindering van externaliserend probleemgedrag bij kinderen (Tully en Hunt, 2016). In deze review waren 836 gezinnen afkomstig uit vijf verschillende landen geïnccludeerd. Alle studies lieten significante verbeteringen zien (ook bij een follow-up meting) op door ouders gerapporteerd probleemgedrag van kinderen, de opvoedvaardigheden en self-efficacy van ouders in vergelijking met een controlegroep en dit effect hield stand bij de follow-up meting. De onderzoekers noemen als belangrijk pluspunt dat kortdurende oudertrainingen een lagere drempel hebben en de participatie van grotere groepen ouders mogelijk maken.

Het principe van minimale toereikendheid is ook de reden dat niveau 5 pas wordt ingezet als dat nodig blijkt aangezien opvoedstress of meningsverschillen tussen partners over de juiste opvoedaanpak vaak al afnemen tijdens het doorlopen van een niveau 4 interventie (Sanders & Morawska, 2007).

- ***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 zal het werkboek minder bruikbaar zijn en wordt (nog) meer met behulp van video-instructie, modeling en rollenspel gewerkt. In de oudercursus kan door tijdgebrek een opdracht plenair in plaats van in een subgroep worden gedaan. Dit zijn allemaal variaties die de kerninhoud en belangrijke werkzame aspecten niet aantasten. Risicovoller is het om bepaalde strategieën weg te laten of niet aan te bieden vanuit de veronderstelling dat het voor ouders niet zal werken. Of om ouders adviezen te geven in plaats van de zelfregulatie van ouders te stimuleren door hen eerst uit te nodigen om zelf te bedenken welke van de aangeboden opvoedstrategieën zou kunnen worden ingezet bij de aanpak van een bepaald probleem. Flexibiliteit is ongewenst waar het de inhoud en opbouw van de verschillende onderdelen betreft en op cruciale onderdelen als het oefenen met de vaardigheden in concrete situaties. 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. De huidige werkpraktijk biedt voldoende armslag voor een flexibele toepassing aangezien de geïndiceerde trajecten voor gezinsbegeleiding/opvoedings-ondersteuning doorgaans langer zijn dan een Triple P interventie duurt. De doelgerichte en gestructureerde aanpak maakt dat Triple P (zelfs met de nodige uitbreidingen/aanvullingen) in minder tijd even goede resultaten bereikt als de reguliere care as usual trajecten voor opvoedhulp aan gezinnen (Onrust, de Graaf & van der Linden, 2012).

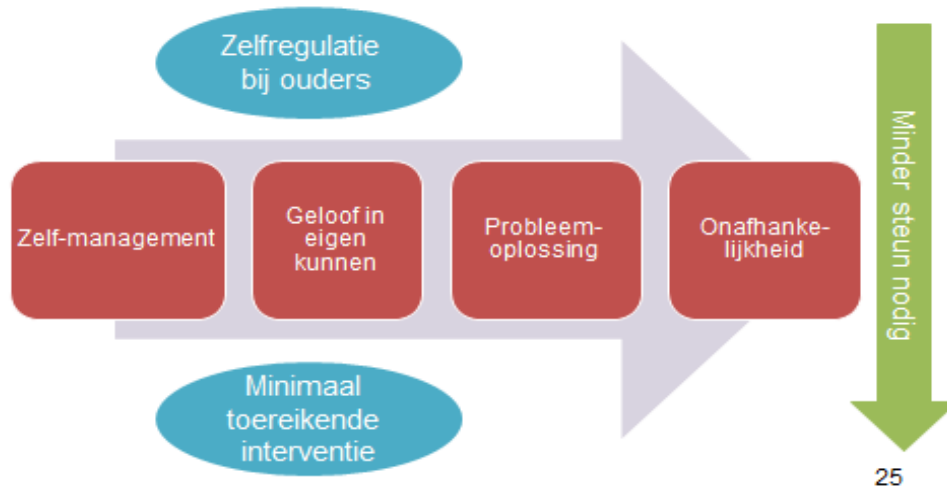
- ***Overeenstemming over factoren die probleemgedrag beïnvloeden***

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). De opzet van de interventie en begeleiding van de professional is gebaseerd op onderstaande model.

Model voor zelfregulatie



1. *Zelfmanagement* houdt in dat ouders zelf verantwoordelijkheid nemen voor het eigen veranderingsproces. Bij aanvang worden ouders gestimuleerd om in hun werkboek doelen voor verandering op te stellen, waar met behulp van werkdoelen per sessie en stappenplannen op maat aan wordt gewerkt. 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. Als ouders leren om hiermee om te gaan, zoals in de niveau 5 module 'Copingvaardigheden' gebeurt, kan dat het effect van een oudertraining versterken.
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 kennis kunnen generaliseren naar andere contexten.
4. *Onafhankelijkheid* houdt in dat ouders op eigen kracht verder kunnen, zelfstandig beslissen 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.

- **Verskillende aanbiedingsvormen**

Gemiddeld 70 % van de mensen die baat zouden hebben bij een vorm van psychologische hulp ontvangt deze niet aangezien het doorgaans één-op-één behandelingen betreft die te kostbaar zijn om op grote schaal aan te bieden (Kazdin en Blasé) Een flexibele toepassing en verschillende aanbiedingsvormen stelt meer ouders in staat om aan een interventie deel te nemen op een manier die past bij hun behoeften en persoonlijke omstandigheden. Het vergroot de kans dat ouders van een interventie gebruik maken en deze ook voltooien.

In de metastudie van Lundahl et al. (2006) blijkt dat laagopgeleide ouders meer profiteren van een individuele oudertraining. Dat dit overigens niet altijd het geval hoeft te zijn, toont het onderzoek naar de groepsgerichte oudertraining Incredible Years die een vergelijkbare inhoud heeft als Triple P en goede resultaten bereikt met lager opgeleide ouders en ouders met een migratieachtergrond (Lau, Fung, Ho, Liu & Gudiño, 2011; Leijten, Raaijmakers, de Castro, van den Ban & Matthys, 2015).

Ouders die zich in een (opvoedings)isolement bevinden, kunnen eveneens baat hebben bij een groepsaanbod door de mogelijkheid tot het uitwisselen van ervaringen met andere ouders en het vinden van steun bij elkaar (Zubrick, Ward, Silburn, Lawrence, Williams, Blair, Robertson & Sanders, 2005; de Graaf, Haverman, Onrust, van Breukelen, Overgaag & Tavecchio, 2009). Wederzijdse herkenning van problemen helpt ook om gevoelens van schuld en schaamte over eigen falen te verminderen (Kane et al., 2007). Voor ouders met een migratie achtergrond lijkt een groepsgericht aanbod dat in een lokaal wijkcentrum wordt aangeboden een lagere drempel te hebben, minder stigmatiserend te zijn en dus een hoger bereik te realiseren (Scott, Spender, Doolan, Jacobs & Aspland, 2001; Barlow, Shaw & Stuart-Brown 2005; van Mourik, Crone, de Wolff & Reis, 2017).

Een groepsgericht maakt het bovendien mogelijk om de interventie als een collectief aanbod te positioneren waarmee een grotere doelgroep gezinnen kan worden bereikt in een stadium dat problemen nog niet geëscaleerd zijn (Cunningham, Bremner & Boyle, 1995; Patterson, Mockford, Barlow, Pyper, Stewart-Brown, 2002, Tully en Hunt, 2016). Op langere termijn kunnen hiermee ook kosten worden bespaard (Kazdin & Blasé 2011, Furlong, McGilloway, Bywater, Hutchings, Smith & Donnelly, 2013; Lee, Aos, Drake, Pennucci, Miller & Anderson, 2012).

Diverse onderzoeken onderbouwen de wenselijkheid van variabele aanbiedingsvormen van parent management trainingen mits sprake is van een wetenschappelijk onderbouwd curriculum, een goed uitgewerkt programma, getrainde professionals en een gestructureerde aanpak. Omdat er geen waterdichte criteria zijn wat werkt en voor wie als het gaat om de aanpak van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen, is naast een klinisch oordeel belangrijk dat professional en ouder samen een goede afweging maken van het in te zetten aanbod.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

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

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 4/5.

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 1211 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', 'Gaat effectief om met beschikbare tijd' of 'Stimuleert ouder om zelf oplossingen te bedenken'.

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 bijna de helft van de getrainde professionals de interventie niet uit te voeren. Voor niveau 4 en 5, zie de tabel hieronder.

Niveau Interventie	Aantal professionals	% professionals dat uitvoert	Aantal uitgev. sessies	Norm aantal sessies
Triple P Niveau 4 (0-12)	82	52 %	7.1	8-10
Triple P Niveau 4 (12-16)	20	30 %	5.8	8-10
Triple P Oudercursus (0-12)	49	53 %	5.8	5 + 3 tel.
Triple P Oudercursus (12 - 16)	19	26%	7.5	5 + 3 tel
Triple P Niveau 5	21	19%	3.5	-

Voor het niet uitvoeren van interventies (waaronder ook lagere 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 *completeid* 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. Bij de groepsinterventie worden de telefonische consultaties niet altijd uitgevoerd bijvoorbeeld omdat ouders daar, volgens de professionals, geen behoefte aan hebben.

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: Over de niveau 4 en 5 interventies samen werden in totaal 81 ingevulde competentielijsten teruggestuurd. Daaruit blijkt dat professionals zich redelijk tot zeer competent voelen in het uitvoeren van de verschillende onderdelen van die interventie (> 5 op een 7 puntsschaal). De matige scores op de uitvoering in het observatieonderzoek laten zien 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.

Hierna volgen enkele onderzoeken naar de toepasbaarheid Triple P voor Amsterdamse ouders met een niet-westerse achtergrond.

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

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.

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

3. **Ketner, S., Distelbrink, M., Hareveld, C. & Winkelman, C (2012) Diversiteit in de praktijk. Amsterdamse ouders over Triple P Tieners. Verwey-Jonker Instituut / Kenniswerkplaats Tienplus.**

Tijdens bovengenoemd onderzoek was de implementatie van de Triple P cursus voor ouders van tieners nog maar net gestart. In een later stadium is een verkennend onderzoek uitgevoerd naar de ervaringen van migrantenouders met de Triple P Tienercursus. Ook dit aanbod werd met enkele kanttekeningen positief gewaardeerd en geschikt bevonden voor een diverse doelgroep ouders. De suggesties om het aanbod nog beter te doen aansluiten komen overeen met die van de voorgaande kwaliteitsstudie naar de cursus voor ouders van jongere kinderen.

http://www.verwey-jonker.nl/doc/multicultureel/Diversiteit_in_de_praktijk_2923_DEF.pdf

De twee hierna besproken kwalitatieve studies vormen onderdeel van een grootschalig onderzoek naar de effectiviteit, het bereik en de toegankelijkheid van de Triple P Tiener oudercursus in de regio Amsterdam (Steketee, Jonkman, Naber,

Distelbrink & Roorda, 2018). Voor een samenvatting van de effectstudie naar de groepsinterventie van Triple P Tieners zie paragraaf 4.2, blz.41.

4. Naber, P.M., Smallegange, E., Dongen S. van. (2018) Why parents participate in professional parenting support programmes. Participation of parents in the "Triple P Teens" programme. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice* – Volume 27, Issue 1

Onderzoeksopzet

In deze deelstudie onder ouders staat de vraag centraal of Triple P Tieners toegankelijk is voor ouders van diverse achtergronden en wat hen motiveert tot deelname.

Er zijn 50 half-gestructureerde interviews afgenomen met ouders die aan de Tiener Triple cursus hebben deelgenomen. De geïnterviewde ouders zijn op de kenmerken geboorteland, gezinssituatie, opleidingsniveau en wel/geen betaald werk vergelijkbaar met andere deelnemers aan de oudercursus in diezelfde periode. In totaal gaat het om 37 moeders, drie oma's in moederrol en tien vaders. Allen zijn opvoeders van tieners (10–17 jaar, gemiddelde leeftijd 13.4), 50% jongens en 50% meisjes. De ouders zijn geïnterviewd over vijf hoofdonderwerpen.

De interviews zijn volgens een vooraf opgesteld protocol/coderingssysteem uitgewerkt. Relevant voor de analyse is de frequentie en aard van genoemde antwoorden, waarbij voor dit artikel gekeken is naar mogelijke samenhang tussen antwoorden (w.o. motivatie en waardering deelname) en achtergronden (w.o. gezinssituatie, leeftijd tiener, aard en zwaarte problematiek

Resultaten en conclusie

Het onderzoek levert nader inzicht op in de motivatie van ouders voor aanmelding en (blijvende) deelname aan de Tiener Triple P oudercursus. Achtergrondkenmerken van ouders die in de onderzoeksperiode aan de oudercursus hebben deelgenomen, laten zien dat het een etnisch en sociaal brede groep ouders betreft en dat dit waarschijnlijk samenhangt met de wijze van aanmelding. De deelnemersgroep was ook gemengd van samenstelling wat betreft de zwaarte van problematiek en de leeftijd van de tieners. De meeste ouders zijn verwezen door een professional op school of in de wijk die bekend is met deze ouder én met het programma, of door een instelling waar de tiener vanwege gedrags- of ontwikkelingsproblemen begeleid wordt. Twee-derde van de deelnemende ouders was al op een of andere manier bekend met Triple P. Enige voorinformatie over het programma en actieve bemiddeling door een vertrouwd gezicht, blijken de drempel tot deelname te verlagen. Verondersteld wordt dat de cursus minder toegankelijk is voor ouders die het programma niet kennen en zich niet bij een "bekend gezicht" kunnen aanmelden. De interviews met deelgenomen ouders laten zien dat, ondanks verschillende redenen en manieren van aanmelding, ouders van diverse achtergronden de bijeenkomsten en de manier waarop de cursus werd begeleid kunnen waarderen. Het delen van ervaringen met groepsgenoten en de kwaliteit en houding van de cursusleider om met deelnemers een relatie aan te gaan, vertrouwen te genereren en groepsdynamica te hanteren, is cruciaal voor actieve en blijvende deelname. Niet bekend is wat het gewicht en de invloed van deze factoren is op de deelname van ouders van uiteenlopende achtergronden en typen opvoedproblematiek.

Onderzoekers noemen de toeleiding van ouders een belangrijk aandachtspunt vooral als het aanbod een combinatie van geïndiceerde en vrij toegankelijk zorg betreft. Te grote verschillen in leeftijd en opvoedproblematiek kunnen het groepsproces en de wederzijdse herkenning en het opdoen van leerervaringen hinderen en vraagt bovendien extra deskundigheid van de cursusleiders.

Deze studie richtte zich op ouders die de interventie hebben afgerond. Aandacht voor groepssamenstelling én extra inspanning in het benaderen en begeleiden van

gezinnen die onbekend zijn met professionele opvoedsteun, met name van laagopgeleide en migrantengezinnen, kan grotere en blijvende participatie verhogen. Meer zicht op de aanleidingen voor deelname én uitval kan tevens de effectiviteit van het programma vergroten.

- 5. Jansma, A. & Distelbrink, M. (2018) De kracht van de oudercursus Triple P Tieners. Tijdschrift Pedagogiek in Praktijk, nummer 41**
Distelbrink, M. & Winkelman, C. (2018) Aan het werk met Triple p Tieners. Handreiking voor de praktijk met tips uit onderzoek. Hogeschool Inholland/Verwey-Jonker Instituut

Onderzoeksopzet

Parallel aan het onderzoek bij ouders, liep een onderzoek onder professionals naar wat zij zien als sterke kanten van de het programma. Tevens is onderzocht in hoeverre professionals de Triple P oudercursus uitvoeren zoals bedoeld.

Aan professionals werd gevraagd om een logboek bij te houden waarin zij per sessie konden noteren welke onderdelen wel/niet zijn uitgevoerd en wat redenen waren om van het programma af te wijken. Bij 20 (van de 30 in het onderzoek geïnccludeerde) oudercursussen is dit gebeurd. Aanvullend zijn 25 cursusleiders geïnterviewd over welke elementen van de oudercursus zij als waardevol zien en hoe zij hun eigen aandeel beoordelen.

Daarnaast zijn observaties gedaan van de uitvoering van een sessie in de praktijk of via het bekijken van video-opname waarbij twee ervaren Triple P trainers onafhankelijk van elkaar scoorden of onderdelen niet, gedeeltelijk, of geheel waren uitgevoerd. Ondergrens voor programmatrouw uitvoeren was 80% correcte uitvoering van de sessie-onderdelen overeenkomstig de eis die in de accreditatie van professionals wordt gehanteerd. Daarnaast werd op een 7-puntschaal een aantal algemene vaardigheden voor het begeleiden van een oudercursus gescoord zoals het creëren van een veilige sfeer, het stimuleren van het zelfoplossend vermogen van ouders, timemanagement, groepsdynamica en didactische vaardigheden zoals overdracht van informatie en het geven van instructies.

Resultaten en conclusie

Uit de logboek aantekeningen en aanvullende interviews blijkt dat cursusleiders aanmerkelijk positiever oordelen over programmatrouw uitvoeren dan de observatoren. De belangrijkste reden om tijdens de sessie een bepaald onderdeel over te slaan of aan te passen is volgens cursusleiders een betere aansluiting van het programma bij de deelnemende ouders. Soms werd een onderdeel doorgeschoven naar een volgende bijeenkomst of opgepakt in de telefonische consultaties bijvoorbeeld als de strategie te complex werd gevonden om in groepsverband te behandelen. Het overslaan van een onderdeel gebeurt ook omdat het programma volgens cursusleiders te vol is en het niet lukt om alle onderdelen binnen de gegeven tijd af te ronden. Het onderzoek laat zien dat de uitvoeren van het programma soms op gespannen voet staat met het ruimte geven aan de ervaringen van ouders. Om dit probleem op te lossen wordt dikwijls de keuze gemaakt een sessie met een half uur te verlengen of een extra sessies toe te voegen. Afstemming op de doelgroep kan ook een reden zijn om een onderdeel op een andere manier bespreekbaar te maken bijvoorbeeld via een rollenspel in plaats van een schriftelijke opdracht in het werkboek. Hoewel de ondergrens van 80% programmatrouw uitvoeren niet altijd werd gehaald lijkt de interventie toch robuust genoeg te zijn om positieve effecten te sorteren op het opvoedgedrag en de competentie van ouders en verbetering in de ouder-kind relatie (zie resultaten effectonderzoek blz. 42)

Wat betreft de algemene vaardigheden voor het begeleiden van de oudercursus zijn de observatoren positief over de deskundigheid van de cursusleiders; ze sluiten goed aan bij de groep, creëren een veilig groepsklimaat en stimuleren ouders om zelf tot oplossingen te komen. Wel wordt soms lang stilgestaan bij ervaringsverhalen van ouders zonder deze te verbinden aan de aangeleerde opvoedstrategieën. Als aandachtspunten voor training en intervisie worden algemene competenties genoemd als time-management en bewaken van de structuur van de bijeenkomst, aandacht verdelen over deelnemers en pas op de plaats maken als dat nodig is. De geïnterviewde professionals zijn positief in hun oordeel over de Triple P oudercursus, maar noemen ook enkele knelpunten zoals de taligheid van de aangeboden stof en het feit dat het programma te vol is om alle onderdelen tot hun recht te laten komen en voldoende ruimte te bieden aan de eigen inbreng van ouders. Dat maakt het programma soms minder geschikt voor ouders die lager opgeleid zijn of de Nederlandse taal beperkt beheersen en is voor hen een belangrijke reden om onderdelen van het programma aan te passen, waarbij de kern overeind blijft. Een en ander heeft geleid tot een aantal dialoogbijeenkomsten met uitvoerende professionals in Amsterdam die zijn omgezet in aanbevelingen voor de praktijk (Distelbrink en Winkelman, 2018).

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Om een beeld te geven van de effectiviteit van Triple P worden eerst enkele internationale (meta)studies naar Triple P-niveau 4 gepresenteerd die zijn uitgevoerd door onafhankelijke onderzoekers. Vervolgens wordt het onderzoek naar de effecten van Triple P niveau 4 in de Nederlandse situatie beschreven.

Omdat er maar 1 onderzoek beschikbaar is naar de combinatie Triple P niveau 4 en 5 in de Nederlandse situatie zijn over de effectiviteit van deze aanbiedingsvorm enkele internationale studies aangehaald.

De website van de universiteit van Queensland biedt een overzicht van al het internationale onderzoek dat is verricht naar de uitvoering, effecten en implementatie van Triple P Interventies.

<https://www.pfsc.uq.edu.au/research/evidence/>

Meta-analyses

1. **Graaf, I., de, Speetjens, P., Smit, F., Wolff, M. de, & Tavecchio (2008a). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioural problems in children. A meta-analysis. Behaviour Modification, 32, 714-35.**

Onderzoeksopzet

In deze meta-analyse naar de effecten van Triple P-niveau 4 op gedragsproblemen bij kinderen zijn enkel gerandomiseerde studies geïncludeerd (voor in- en exclusiecriteria zie artikel). De gevonden resultaten hebben betrekking op 15 afzonderlijke studies uit diverse landen, waarvan negen studies naar Triple P Groep en één naar Triple P Standaard.

Resultaten en conclusies

De in het onderzoek opgenomen niveau 4 interventies laten een significant effect zien op de gedragsproblematiek van kinderen ($d = 0.88$; $p < .001$) direct na de interventie maar ook op langere termijn ($d = 1.00$; $p < .001$). De effectgroottes uit de diverse studies verschillen echter, waardoor sub-analyses zijn uitgevoerd. Uit acht studies is een gemiddeld middelgroot effect ($d = 0.42$; $p = .000$) direct na interventie

gevonden en uit zeven studies is een gemiddeld middelgroot effect ($d = 0.49$; $p < .001$) vastgesteld bij een follow-up meting na zes maanden.

Wat betreft de modererende variabelen bleek dat samples met minder dan 62.6% jongens significant meer effect lieten zien als het ging om de lange-termijn afname van probleemgedrag dan samples met meer jongens ($d=1.08$ versus $d=0.37$). Bij studies waarin kinderen bij aanvang hoger scoorden binnen de klinische range van probleemgedrag was er meer lange-termijn effect op de afname van probleemgedrag dan wanneer de problemen bij aanvang niet in het klinische gebied scoorden ($d=0.36$ vs. $d=1.08$). De andere moderatoren waren niet significant.

2. Graaf, I., de, Speetjens, P., Smit, F., Wolff, M. de, & Tavecchio (2008b). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on parenting. A meta-analysis. Family Relations, 57, 553-566.

Onderzoekopzet

Aansluitend op de vorige studie richtte deze tweede meta-analyse zich op effecten van Triple P-niveau 4 interventies op de opvoedstijlen en competenties van ouders. In totaal zijn 19 gerandomiseerde studies uit diverse landen in de meta-analyse geïnccludeerd (voor in- en exclusiecriteria zie artikel) .

Resultaten en conclusies

De in de meta-analyse gevonden resultaten toonden aan dat disfunctionele opvoedstijlen van ouders significant afnamen zowel direct na de interventie ($d = 0.54$; $p < .001$) als over een langere periode (3-12 maanden) ($d = 0.51$; $p < .001$). Daarnaast hebben de interventies een significant positief effect op de self-efficacy en tevredenheid van ouders over het eigen ouderschap ($d = 0.57$; $p = .00$).

Beide meta-analyses laten zien dat het qua effectiviteit niet uit lijkt te maken of de interventie individueel, of in groepsverband wordt aangeboden. Beide Triple P niveau 4 aanbiedingsvormen bleken even effectief in het bereiken van significante verbeteringen in het gedrag van kinderen en ouders die ook over een langere tijd standhouden. Op basis van de gevonden resultaten concluderen de onderzoekers dat Triple P niveau 4 effectief is voor: a) diversiteit in format; b) diversiteit in landen en continenten: Australië, Verenigde Staten, Europa en c) diversiteit in zelfrapportages van ouders, rapportages door leerkrachten en observaties. Triple P niveau 4 kan bovendien succesvol worden toegepast bij verschillende typen kinderen en ouders.

3. Nowak, C., & Heinrichs, N. (2008). A comprehensive meta-analysis of Triple P-Positive Parenting Program using hierarchical linear modeling: effectiveness and moderating variables. Clinical Child and Family Psychology Review, 11, 114-144.

Onderzoekopzet

In deze meta-analyse werden zowel gecontroleerde als ongecontroleerde studies geïnccludeerd (voor in- en exclusiecriteria zie betreffende onderzoeksartikel) en is zowel de effectiviteit van Triple P alsook potentiële modererende variabelen onderzocht.

Wat betreft aanbiedingsvorm ontvingen 33 (38%) interventiegroepen de niveau 4 oudercursus, voltooiden en 25 (29 %) studies betroffen de individuele niveau 4 standaard interventie.

Resultaten en conclusies

Met behulp van drie hiërarchische lineaire modellen ($n = 55$ studies) is gevonden dat Triple P, niveau 4, positieve effecten heeft op probleemgedrag van kinderen ($d=$

0.34), opvoedvaardigheden van ouders ($d = 0.36$) en ouderlijk welbevinden ($d = 0.16$). Leeftijd van het kind, land, aanbiedingsvorm en follow-up lengte hadden geen significant modererende effecten op de uitkomst. De onderzoekers concluderen dat de gevonden effecten van Triple P niveau 4 interventies, ongeacht de aanbiedingsvorm tot stabiele verbeteringen leiden op probleemgedrag en opvoedvaardigheden van ouders en dat deze effecten te generaliseren zijn naar andere landen.

4. **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. doi: 10.1016/j.cpr.2014.04.003. Artikel beschikbaar op: [https://pfsc-evidence.psy.uq.edu.au/PDF/2127429108/Sanders%20and%20Kirby%20%20\(AV%202014\).pdf](https://pfsc-evidence.psy.uq.edu.au/PDF/2127429108/Sanders%20and%20Kirby%20%20(AV%202014).pdf)**

Onderzoeksmethode

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. In onderstaande samenvatting worden enkel de gevonden effecten op de niveau 4 interventie beschreven. Het artikel is beschikbaar op:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735814000683>

Resultaten en conclusie

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.

Wat betreft de resultaten van Triple P niveau 4 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. Per aanbiedingsvorm waren wel verschillen op de items ouderlijke aanpassing en partnerrelatie. Voor nadere toelichting zie onderstaande tabel.

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).

5. **Thomas, R. & Zimmer-Gembeck, M.J. (2007) Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P – Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal Abnormal Child Psychology, 35*, 475-495.**

Onderzoeksopzet

In deze internationale studie is een meta-analyse uitgevoerd op, onder andere, 11 gerandomiseerde studies naar Triple P gedateerd tussen 1980 en 2004 (voor in- en exclusiecriteria zie betreffende artikel). In deze 11 studies is er onderzoek gedaan naar een combinatie van de niveau 4 interventie met een Enhanced (niveau 5) versie van Triple P. Deze bevat drie modules; 'oefensessies', 'copingskills' en 'partnersteun'.

Resultaten en conclusie

Resultaten tonen aan dat toevoeging van de Triple P Enhanced versie significant effect heeft op het door de ouder en klinische gerapporteerde probleemgedrag van

het kind; ECBI en FOS-R-III ($d = -.46$; $d = -.96$) en door de ouders gerapporteerde opvoedvaardigheden; PDR ($d = -.98$; $d = -.46$).

6. Sanders, M.R., Bor, W. & Morawska, A. (2007). Maintenance of treatment gains: a comparison of Enhanced, Standard and Self-directed Triple P – Positive Parenting Program. Journal Abnormal Child Psychology. 35, 983-998.

Onderzoeksopzet

In deze studie werden drie behandelcondities vergeleken door middel van een gerandomiseerde studie: Triple P niveau 4 Zelfhulp: Self-directed Behavioral Family Intervention; SDBFI ($n=41$); Triple P niveau 4 Individueel: Standard Behavioral Family Intervention; SBFI ($n=50$) en Triple P niveau 4 en 5: Enhanced Behavioral Family Intervention; EBFI ($n=48$) met een drie jaar follow-up. De onderzoeksgroep bestond uit ouders van 305 kinderen in de voorschoolse leeftijd met beginnende gedragsproblemen in de klinische range. In de 'Enhanced (EBFI)-conditie' kregen ouders ($n = 48$) als basis dezelfde intensieve oudertraining als in de SBFI conditie, maar werden er extra sessies georganiseerd die aansloten op de behoeften van de ouders zoals 'extra oefensessies', 'partnersteun' of 'coping skills'.

Resultaten en conclusie

In de resultaten worden de effectgroottes weergegeven voor de pre-to-post meting en de drie jaar follow-up meting (pre-to-3 years). Er werd een middelgroot effect gevonden op de eerste meting voor het geobserveerde probleemgedrag van het kind ($d=0.63$) en een groot effect op de pre-to-3 years meting ($d=1.86$). Het probleemgedrag van de moeder heeft op beide metingen een klein effect ($d=0.19$; $d=0.31$). De effectgrootte op de vragenlijst ECBI heeft een groot effect voor vader en moeder (pre-to-post: $d=0.95$; $d=1.54$). Op de nameting na 3 jaar (pre-to-3 years) zijn de effecten voor vader en moeder verminderd maar nog steeds groot ($d=0.78$; $d=1.46$). Op de vragenlijst PDR zijn ook grote effectgroottes gevonden voor vader en moeder (pre-to-post: $d=0.77$; $d=1.37$ en pre-to-3 years: $d=0.90$; $d=1.58$). De effectgroottes voor de Parent Scale (PS) zijn ook groot voor vader en moeder (pre-to-post: $d=0.77$; $d=1.32$ en pre-to-3 years: $d=0.64$; $d=0.97$). De PSOC heeft een groot effect voor de moeder pre-to-post ($d=0.93$) en pre-to-3 years ($d=1.07$). Voor de vader bestaat er een middelgroot effect op de pre-to-post meting ($d=0.38$) en een groot effect op de pre-to-3 years meting ($d=0.75$).

De ADAS-vragenlijst heeft een klein effect voor de moeder pre-to-post ($d=0.23$) en op deze meting bestaat er een middelgroot effect voor de vader ($d=0.35$). Op de pre-to-3 years meting is er een klein effect voor beide ouders ($d=0.18$; $d=0.27$). De PCP-vragenlijst heeft voor de moeder op beide metingen een groot effect ($d=0.91$; $d=0.94$). Voor vader zit er een groot verschil tussen beide metingen ($d=0.14$; $d=0.98$). De DASS-vragenlijst bevat voor de moeder op beide metingen een middelgroot effect ($d=0.54$; $d=0.61$) en voor de vader een klein negatief effect ($d=-0.05$; $d=-0.01$).

De studie toonde aan dat bij een follow-up meting na 1 jaar alle drie de behandelcondities een klinisch betrouwbare verandering lieten zien in door ouders geobserveerd storend kindgedrag, maar deze verandering was het grootste bij de Standaard en Enhanced interventie. De verbeteringen hielden stand bij een follow-up meting na drie jaar, waarbij 2/3 van de kinderen niet langer in de klinische range scoorden. Een significant vertragend effect werd geconstateerd van een gecombineerd niveau 4 en 5 aanbod (Enhanced EBFI-conditie) van Triple P niveau 4.

7. Lindsay, G., Strand, S. & Davis, H. (2011). A comparison of the effectiveness of three parenting programmes in improving parenting skills, parent mental wellbeing and children's behavior when implemented on a large scale in community settings in 18 English local authorities: The Parenting Early Intervention Pathfinder (PEIP), BMC Public Health.

Onderzoeksopzet

Gezien de hoge prevalentie van gedragsproblemen bij kinderen, werden – op basis van een internationale review – door de opdrachtgever (UK government's Department for Education) drie groepsgerichte oudertrainingen geselecteerd voor het terugdringen van deze problemen: Incredible Years (IY), de Triple P-niveau 4 oudercursus (TP) en Strengthening Families, Strengthening Communities (SFSC). Het betrof een grootschalig implementatietraject annex effectstudie naar de resultaten van evidence-based ouderprogramma's op gedragsproblemen van kinderen in 18 Engelse Local authorities (LAs). De drie programma's werden elk at random aan zes LAs toegewezen voor een tweejarige pilot waarin de betreffende oudertraining werd ingevoerd en op resultaat onderzocht. Voor de uitvoering werden in totaal 1100 lokale zorgprofessionals gerekruteerd. Dit betrof een mix van sociaal werkers, gezondheidszorg professionals en psychologen. De kwaliteit van de uitvoering werd bewaakt doordat cursusleiders vooraf een training volgden in de toegewezen interventie. Daarnaast was er supervisie op de uitvoering geregeld. Verder volgde elke LA zijn eigen implementatietraject. De oudertraining werd in uiteenlopende settingen gegeven zoals wijkcentra, scholen, gezondheidscentra of in een klinische setting. Criteria voor deelname van ouders waren: een kind hebbend in de leeftijd van 8 tot 13 jaar met beginnend - of mogelijk risico op het ontwikkelen van - antisociaal gedrag. Gedurende de pilotperiode van 2006 -2008 zijn in totaal 266 oudergroepen uitgevoerd (56 IY, 142 TP en 68 SFSC) met een gemiddelde groepsgrootte van 10 ouders. Er waren onderlinge verschillen tussen de drie programma's wat betreft het aantal bijeenkomsten en daarmee de totale duur van het programma, achtergrond van de deelnemers en het aantal ouders dat aan de interventie deelnam. In totaal namen 2207 ouders aan de pilotstudie deel (86.7% moeders en 13.3 % vaders), grotendeels behorend tot de lagere-inkomensgroepen, met een lager opleidingsniveau en van verschillende etniciteit. De doelgroep kinderen omvatte 62,3 % jongens en 37,7 % meisjes en de gemiddelde leeftijd van de betrokken kinderen was 9,5 jaar. Ouders vulden voorafgaand en na afloop van de interventie vragenlijsten in over kindgedrag, opvoedstijl, mentaal welbevinden en tevredenheid met de eigen leefsituatie en rol als ouder.

Resultaten en conclusie

De post-meting liet significante verbeteringen zien op alle uitkomstmaten voor elk van de programma's; de effect size (Cohen's d) varieerde van 0.57 tot 0.93 voor opvoedstijl; 0.33 tot 0.77 voor tevredenheid en van 0.49 tot 0.88 voor mentaal welbevinden van de ouder. Het SFSC-programma bleek significant minder effectief dan de Triple P en Incredible Years interventie op de verbetering van self- efficacy, tevredenheid en welbevinden van ouders. Verbeteringen in kindgedrag werden in alle programma's geconstateerd: de effect size voor vermindering van gedragsproblemen varieerde van -0.44 tot -0.71 over de programma's. Ook op dit onderdeel liet SFSC significant minder reductie zien dan Triple P en Incredible Years. Een mogelijke verklaring is dat SFSC een bredere opzet kent en minder specifiek inzoomt op de aanpak van probleemgedrag dan de andere twee interventies. De overall conclusie van de onderzoekers is dat evidence-based programma's voor opvoedingsondersteuning succesvol op grote schaal kunnen worden geïmplementeerd

in een community setting, ondanks het feit dat in deze trial gerichte en continue steun op de uitvoering van evidence-based interventies in gebreke bleef.
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-11-962.pdf>

Nederlands onderzoek Triple P niveau 4 (2 -12 jaar)

8. Onrust, S. A., De Graaf, I. M., & Van der Linden, D. (2012). De meerwaarde van Triple P. Resultaten van een gerandomiseerde effectstudie van de Triple P gezinsinterventie bij gezinnen met meervoudige problematiek. *Kind en Adolescent*, 33, 60-74.

Onderzoeksopzet:

Deze effectstudie betreft een randomised controlled trial (RCT) waarbij een gecombineerde inzet van de individuele niveau 4 interventie (Triple P Standaard 2-12 jaar) en Triple P niveau 5 werd vergeleken met het gangbare aanbod aan intensieve ambulante gezinshulp. Het onderzoek moest inzicht verschaffen in de effectiviteit van Triple P voor een doelgroep ouders met meervoudige problemen in vergelijking met het reguliere ondersteuningsaanbod van de bij het onderzoek betrokken instellingen. De vraagstelling van dit onderzoek was tweeledig:

1) *Is Triple P effectiever dan de gangbare zorg voor ouders in Nederland?*

2) *Verschilt Triple P in behandelintensiteit van de gangbare zorg?*

De onderzoeksgroep bestond uit 170 gezinnen met meervoudige problematiek, waarvan de kinderen (in de leeftijd van 3-14 jaar) door Bureau Jeugdzorg waren verwezen naar vijf verschillende GGZ- en jeugdzorginstellingen verspreid over het land. Een gezin kwam in aanmerking voor deelname aan het onderzoek als er sprake was van een reeks problemen op kind-, ouder- en gezinsniveau, waaronder opvoedingsproblemen, relatieproblemen, psychiatrische problematiek van een of beide ouders of structurele problemen op het gebied van huisvesting, inkomen of schulden. Gezinnen waarbij sprake was van een crisissituatie werden van deelname uitgesloten.

Er vond een voormeting plaats nadat de gezinnen hadden ingestemd met het onderzoek, waarna respondenten at random werden toegewezen aan de Triple-P conditie (88 ouders) of de gangbare zorg (82 ouders). In verreweg de meeste gevallen werd de vragenlijst ingevuld door de moeder. Ongeveer een derde van ouders had een laag opleidingsniveau (basisschool, lbo of vmbo). In ongeveer een derde van de gezinnen was geen partner aanwezig. Het kind betrof meestal een jongetje en de gemiddelde leeftijd was 8 jaar. Er waren geen significante verschillen tussen beide onderzoeksgroepen. Dit gold zowel voor de demografische kenmerken als voor de aanvangsproblematiek.

De professionals in de Triple P- conditie waren getraind in Triple P niveau 4 en 5. In de Triple P conditie kregen 27 gezinnen een aanvullend aanbod met onderdelen van niveau 5 (gemiddeld 1,4 sessie op dit niveau). De ouders uit de gangbare-zorgconditie kregen een vorm van intensieve ambulante gezinsbegeleiding die bij de deelnemende instellingen op verschillende manieren werd ingevuld. De hulp wordt doorgaans aangeboden in de directe leefomgeving van het gezin, met een intensieve contactfrequentie van minimaal een keer per week, voor een langere periode. Over het algemeen was er geen vaststaand behandelprotocol beschikbaar. In plaats daarvan beschikte de hulpverlener meestal over verschillende technieken en handelwijzen en wordt aangesloten bij de problemen en wensen van de gezinsleden en bij hun positieve krachten en mogelijkheden. Het betreffen programma's als Hulp aan Huis, praktische pedagogische gezinsbegeleiding. Aan dit hulpaanbod ligt vaak een combinatie van verschillende theorieën ten grondslag, waaronder de sociale leertheorie, systeemtheorie, oplossingsgericht werken en theorieën over communicatie. Hoewel de gangbare zorg in grote lijnen overeenkomsten vertoont met het Triple P-programma, is het aanbod minder gestructureerd en in tijd gelimiteerd.

De eerste nameting vond plaats na 6 maanden met een follow-up na 12 maanden. De kindproblematiek werd onderzocht met de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1997) en de Eyberg Child Behavior Inventory (ECBI; Eyberg & Pincus, 1999), de opvoedstijl van de ouder met de Parenting Scale (PS; Arnold & O'Leary, 1993); psychische klachten van ouders zijn gemeten met de verkorte versie van de Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995) en de kwaliteit van de partnerrelatie met de Relationship Quality Index (RQI; Norton, 1983) Bij de analyse van resultaten werden Repeated measures Manova en univariate toetsen gebruikt.

Resultaten en conclusies:

Het onderzoek naar de combinatie Triple P-niveau 4/5 toont aan dat de interventie effectief is, in die zin dat de beoogde doelen worden bereikt. Triple P scoort daarin niet beter dan het reguliere aanbod van ambulante gezinsbegeleiding. In beide condities werd een significantie afname van problematisch kindgedrag ($F(14, 155) = 10,078$; $p < 0,001$) en dysfunctioneel opvoedingsgedrag van ouders ($F(14, 155) = 10,078$; $p < 0,001$) ($F(8, 161) = 17,127$; $p < 0,001$) geconstateerd in vergelijking met de beginsituatie. Wel waren in de Triple P conditie significant minder gesprekken nodig om dit resultaat te bereiken dan bij de care as usual ($p = 0,003$), hetgeen interessant is uit het oogpunt van kosteneffectiviteit. Eventuele psychische klachten van ouders (depressie, angst, stress) of aanwezige partnerconflicten namen niet significant af in de Triple P conditie evenmin als in het reguliere hulpaanbod. In het onderzoek is niet geregistreerd is welke Triple P niveau 5 modules of onderdelen zijn aangeboden. Als reden voor de onduidelijke resultaten van het effect van niveau 5 voeren de onderzoekers aan dat professionals ten tijde van het onderzoek nog geen ervaring hadden opgebouwd met de inzet en toepassing van de niveau 5 interventie omdat deze pas kort daarvoor was geïntroduceerd.

Aan de nameting en follow-upmeting werd door respectievelijk 74% en 67% van de gezinnen deelgenomen. De belangrijkste oorzaak van deze uitval was volgens de onderzoekers, dat de gezinssituatie van deze 'multi-problem' gezinnen verre van stabiel was; er waren veel verhuizingen, echtscheidingen of andere bijkomende problemen waardoor deelnemende gezinnen niet langer aan het onderzoek wilden meewerken. Bij vijf gezinnen werden de vragenlijsten op de nametingen over een ander kind ingevuld dan bij de voormeting, waardoor de informatie onbruikbaar was geworden.

9. De Graaf, I. de, Haverman, M., Onrust, S., van Breukelen, I., Overgaag, M., Tavecchio, L. (2009) What are the results of Group and Standard Triple P for parents and children in the Dutch mental health care and youth care? In: *Helping families Change: the adoption of the Triple P- Positive Parenting Program in The Netherlands. Proefschrift UVA / Trimbos, Utrecht.*

Onderzoeksopzet

Deze studie onderzocht de resultaten van de individuele standaard en groepsvariant (oudercursus) van Triple P-niveau 4 voor ouders van 2-12 jarige kinderen in Nederlandse GGZ en jeugdzorginstellingen. De ouders ($n=298$) die aan het onderzoek deelnamen, hebben aan vier metingen meegewerkt: een pre- en post-meting, en een follow-up meting na drie en 6 maanden. Ouders werden door bij de interventie betrokken hulpverleners benaderd om aan het onderzoek mee te doen. Er was geen controlegroep waarmee de resultaten konden worden vergeleken. Het inclusiecriteria voor het onderzoek was dat ouders het gedrag van hun kind als (ernstig) probleemgedrag ervaren en onzekerheid voelen over hun eigen opvoedcapaciteiten. De leeftijd van de kinderen was tussen de zeven en acht jaar oud. Het onderzoek is uitgevoerd met de bij Triple P behorende meetinstrumenten zoals de FBQ, SDQ, PS, DASS en de PSoC (Parenting Sense of Competence, Johnston, & Mash, 1989).

Resultaten en conclusie:

De verzamelde data laten zien dat zowel de individuele als de groepsvariant van Triple P niveau 4 effectief zijn in het verminderen van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen, disfunctioneel opvoedgedrag, het verbeteren van het gevoel van competentie en het verminderen van depressie, angst en stress klachten bij de ouders die aan het onderzoek deelnamen. De effecten hielden stand bij een follow-up meting na drie en zes maanden.

De conclusie van de onderzoekers was dat Triple P niveau 4 een belangrijke aanvulling vormt op het bestaande ondersteuningsaanbod voor ouders bij de betrokken instellingen. Verder richtte dit onderzoek zich op het mediërende effect van de interventie op symptomen van depressie, angst en stress bij ouders. Voor ouders met deze problemen bleek de interventie goed te werken. De mediërende factor voor het verbeteren van het opvoedgedrag van de ouder was een verhoogd gevoel van ouderlijke competentie. Dit is een belangrijk mechanisme om rekening mee te houden.

10. Breukelen, I. C. van, Huijbregts, S.C.J, & Terpstra-Steenbergen (2007). *Triple P Positive-Parenting Program: For every Parent? Effectiveness of the Triple P Group Program (2008) Ongepubliceerd Manuscript, Universiteit van Leiden/GGZ-Rivierduinen.*

Onderzoekopzet

In dit praktijkonderzoek met een pre- en postmeting is de effectiviteit van de Triple P oudercursus (niveau 4) geëvalueerd als onderdeel van het reguliere aanbod van een GGZ instelling in de regio Leiden. De gegevens werden verzameld over een periode van 2 jaar (2005-2007). De onderzoeksgroep bestond uit 90 ouders die het gedrag van hun kind als probleemgedrag beschouwden. De gemiddelde leeftijd van de kinderen was 6.8. jaar (range 1-12, SD=2.4). Repeated Measure Anova's zijn gebruikt om de effectiviteit van de interventie te meten. Afhankelijke variabelen waren de scores op de afgenomen vragenlijsten voorafgaand en na afloop van de interventie. De metingen werden gedaan met behulp van de bij de interventie behorende vragenlijsten voor kindgedrag (SDQ); opvoedstijl van ouders (PS) gevoel van competentie (PSoC) en ouderlijk welbevinden (DASS). Het belangrijkste doel van het onderzoek was om beter zicht te krijgen op de effectiviteit van het programma voor de cliëntenpopulatie van een regionale GGZ-instelling die uit ouders en kinderen bestaat met verschillende kenmerken en problemen. Daarbij is gekeken naar opleidingsniveau ouders, leeftijd en geslacht van het kind, combinatie van de interventie met een behandeling van het kind voor gedragsproblemen en het type en de mate van probleemgedrag bij het kind. Verondersteld werd dat de Triple P-oudercursus minder goede resultaten oplevert bij lager opgeleide ouders en bij ernstige gedragsproblemen en oudere kinderen.

Resultaten en conclusies

Lang niet alle ouders vulden de post-interventie vragenlijsten in (postmeting: SDQ 55; PS 63, PSoC 48, DASS 62). Slechts 36 ouders vulden alle vragenlijsten volledig in. De analyses zijn gedaan over de groep ouders die alle post-interventie vragenlijsten invulden (Complete dataset group) of een deel daarvan (Questionnaires data group) zodat de sample een redelijke omvang behield. De gevonden resultaten laten een significante verbetering zien in kindgedrag, opvoedcompetentie en welbevinden van ouders die aan de Triple P interventie deelnamen. De oudercursus bleek effectief voor zowel hoger als laagopgeleide deelnemers, ouders met jonge of oudere kinderen, jongens of meisjes en kinderen met een relatief hoge of lage score van

probleemgedrag bij aanvang. De Triple P niveau 4 oudercursus bleek ook een geschikt aanbod om specifieke soorten probleemgedrag te verminderen zoals emotionele problemen, norm-overtredende gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen in de omgang met leeftijdgenoten. Onderzoekers onderkennen de beperkingen van het gehanteerde onderzoeksdesign maar achten toch de conclusie gerechtvaardigd dat de ambitieuze slagzin dat Triple P effectief is voor 'iedere ouder' niet helemaal uit de lucht is gegrepen. De gevonden resultaten wijzen er bovendien op dat de Triple P oudercursus bij kinderen met verschillende problemen en kenmerken tot een gedragsverbetering leidt.

11. Overgaag, M.J.H., Tuijl, C. van & Verkerk, G. (2008) *Triple P Blijvend Effectief? Effectiviteit na 6 maanden van de groepstraining Triple P niveau 4. Universiteit van Utrecht.*

Onderzoeksopzet

In dit onderzoek is de duurzaamheid van de effecten van de Triple P-niveau 4 oudercursus onderzocht bij een groep ouders met kinderen in de leeftijd van 3-12 jaar. In het onderzoek werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel ontwerp met een experimentele groep (40 ouders) die de oudercursus volgden en een controlegroep (31 ouders) die geen interventie kreeg aangeboden. Inclusiecriteria voor het onderzoek was disfunctioneel opvoedgedrag bij aanvang zoals gemeten op de vragenlijst opvoedingsstijl (PS) en geen aanvullende behandeling voor het kind. De gemiddelde leeftijd van de kinderen was 7.42 jaar (range 1-12, SD=2.50). De oudercursus betrof een universeel aanbod van de preventieafdeling van GGZ Kinderen en Jeugd/ Rivierduinen in de gemeenten Alphen aan den Rijn, Gouda, Katwijk en Leiden. In totaal hebben 9 groepen met in totaal 97 deelnemers in de periode tussen maart en juli 2007 een oudercursus afgerond. Ouders die zich voor de cursus aanmelden zijn telefonisch benaderd met de vraag of zij mee wilden werken aan het onderzoek. Dat resulteerde in een experimentele groep van 40 ouders die bereid en geschikt (volgens inclusiecriteria) waren om aan het onderzoek mee te doen.

Voor de controlegroep zijn ouders van basisscholen in de regio Midden-Holland benaderd met de uitleg dat het onderzoek zich richtte op kinderen die problemen hebben in hun gedrag thuis, op school, in een club of met vriendjes én op ouders die behoefte hebben aan steun bij de opvoeding. Een voorwaarde was dat ouders gedurende het onderzoek geen andere hulp voor hun kind hadden. Ouders kregen de mogelijkheid aangeboden om na afloop van het onderzoek deel te nemen aan de Triple P oudercursus.

Op de eerste voormeting bleken de experimentele groep en controlegroep niet volledig vergelijkbaar in die zin dat ouders in de controlegroep aanzienlijk minder kindproblematiek en opvoedonzekerheid rapporteerden dan de ouders die zich voor de cursus hadden aangemeld. Op disfunctionele opvoedstijl waren de groepen wel vergelijkbaar. Mixed between-within subjects Anova's zijn gebruikt om de effectiviteit van de interventie te meten. Afhankelijke variabelen waren de scores op de afgenomen vragenlijsten voorafgaand aan en bij de follow-up meting 6 maanden na afloop van de interventie. De vragenlijsten betroffen het probleemgedrag van het kind (SDQ); opvoedstijl van ouders (PS) ouderlijke competentie (PSoC) en welbevinden (DASS).

Resultaten en conclusies

Zes maanden na afloop van de interventie blijkt dat bij de groep ouders die aan de interventie deelnam, de gedragsproblemen van het kind zijn afgenomen, de

disfunctionele opvoedstijl is verminderd en de opvoedcompetentie van ouders is toegenomen in vergelijking met de ouders uit de controlegroep die geen interventie ontvingen. Uit de analyse van de gegevens bij de follow-up meting kwam naar voren dat er een significant 'tijd x conditie' interactie-effect is op de totale score van de vragenlijst kindgedrag; $F(1, 49) = 8.38, p < .01$ en op de totale score van de vragenlijst opvoedstijl; $F(1, 55) = 7.31, p < .01$. Ouders uit de experimentele groep rapporteerden significant minder probleemgedrag bij hun kind als gevolg van de interventie ($M = 16.21; SD = 6.43; M = 13.21; SD = 6.73$). Op de subcategorieën emotionele problemen, gedragsproblemen en problemen met leeftijdsgenoten was eveneens een significant 'tijd x conditie' effect waarneembaar. In de controlegroep was bij de postmeting de disfunctionele opvoedstijl van ouders onveranderd gebleven en waren de gedragsproblemen van kinderen toegenomen.

De onderzoekers concluderen dat de uitkomsten van hun onderzoek consistent zijn met het groeiende bewijs dat de Triple P oudercursus kan leiden tot duurzame verbeteringen in problematisch ouder- en kindgedrag. Wel benadrukken zij dat de gevonden uitkomsten met enige voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd gezien de beperkingen die een kleinschalig onderzoek in de reguliere uitvoeringspraktijk met zich meebrengt. Zo was er in dit onderzoek een naar verhouding hoog percentage uitval van ouders bij de follow-up meting (8 uit de experimentele groep en 10 uit de controle groep). Er is niet nader onderzocht wat hiervan de reden was. Wel is op de beschikbare gegevens een analyse losgelaten om te achterhalen of er duidelijke verschillen waren tussen de groep ouders die betrokken bleef en zij die afvielen. Hoewel de groep ouders die aan het onderzoek bleef deelnemen op demografische kenmerken gelijk was aan de groep ouders die afviel, waren er toch kleine verschillen te constateren. Bij de experimentele groep voelden de ouders die geen respons gaven bij de follow-up meting zich bij aanvang iets minder competent in de opvoeding dan ouders die wel de vragenlijsten terugstuurden. Ook bij de controlegroep was er geen verschil op demografische kenmerken tussen de ouders die wel en niet aan de follow-up meting deelnamen, maar rapporteerden de uitvallers bij de eerste meting minder emotionele problemen bij hun kind en waren zij permissiever in hun opvoedingsstijl dan ouders die wel de follow-up meting deden. In dit onderzoek verliep het contact van de onderzoekers met de ouders, via telefonische en schriftelijke communicatie. De onderzoekers veronderstellen dat meer persoonlijk contact met de ouders of cursusleiders betrekken bij het motiveren van ouders voor het aanleveren van ontbrekende gegevens, een strategie zou kunnen zijn waarmee het uitvalpercentage bij follow-up metingen verlaagd zou kunnen worden.

Nederlands onderzoek Triple P niveau 4 Tieners (oudercursus 12-16 jaar)

12. Steketee, M., Jonkman, H., Naber, P., Distelbrink, M., en Roorda, W. (2018). Does Triple P promote positive parenting? A study on Triple P Teen in the Netherlands. (Definitieve onderzoeksrapport en publicatie nog niet beschikbaar.) Onderzoeksopzet

Het onderzoek omvat een quasi-experimentele studie (vergelijking op 3 meetmomenten van een groep van 103 deelnemende ouders met een controlegroep van 397 niet-deelnemende ouders).

Voor de effectmetingen werd gebruik gemaakt van de vragenlijsten die ouders (en tieners) regulier invullen vóór en na afloop van de cursus. De experimentele en controlegroep zijn door statistische bewerkingen (propensity score matching)

vergelijkbaar gemaakt op een aantal achtergrondkenmerken (zoals opleiding, leeftijd van de kinderen en herkomst), zodat eventuele verschillen niet kunnen worden verklaard door verschillen tussen de beide groepen. Bij elke ouder die meedeed aan de cursus zijn een of meer ouders in de controlegroep gezocht die daarop leken. De effecten zijn gemeten aan de hand van multilevel analyses. Naast de effectstudie werd ook een kwalitatief onderzoek uitgevoerd naar de uitvoering van de oudercursus (zie bij uitvoering in de praktijk).

Resultaten en conclusie

Vergeleken met de controlegroep lieten ouders die Triple P tieners ontvingen een significante verbetering zien in de opvoeding; ze zijn meer betrokken bij hun kind, reageren beter op de behoeften van de jonge adolescent en er zijn bij deze groep minder ouder-kind conflicten. Verschillen in gedragsproblemen bij de adolescenten, zoals gerapporteerd door hun ouders, en ouderstress, konden deels worden gevonden in de experimentele groep. Deze bevindingen bleven hetzelfde bij de follow-up van drie tot vijf maanden.

13. Goossens, F., & De Graaf, I. (2010). Groepstraining (oudercursus) Triple P voor ouders van tieners. Evaluatie van een pilotstudy Utrecht Trimbos instituut.

Onderzoekopzet

Dit onderzoek betreft een pre- en post- meting naar het effect van een de Triple P-niveau 4 oudercursus voor ouders van tieners. De vragenlijsten werden in de voormeting door 196 en in de nameting door 149 ouders ingevuld. De problemen van de tiener werden gemeten met de SDQ en de ECBI. De opvoedvaardigheden van ouders met de PS, PPC en CBQ. Symptomen van ouders op de items depressie, angst en stress zijn gemeten met de DASS-21 en de kwaliteit partnerrelatie met de RQI. Voorafgaand aan het onderzoek zijn professionals van elf verschillende instellingen getraind in de uitvoering van de oudercursus. Dat betrof zowel jeugdhulp en jeugd GGZ-instellingen als ook meer preventief werkende opvoedsteunpunten. De meewerkende instellingen waren gesitueerd in het zuiden en westen van het land. De professionals in de onderzoeksgroep waren gemiddeld 41 jaar oud (range tussen 25 – 59 jaar) en hadden ruime ervaring in het bieden van gezinsbegeleiding en opvoedingsondersteuning. Er waren vijf mannelijke en twintig vrouwelijke cursusleiders.

Resultaten en conclusie:

- Ouders die deelnamen aan Triple P Tiener cursus rapporteren in de nameting een significante afname in (klinisch) probleemgedrag van hun tiener, een significante toename van effectieve opvoedstrategieën en een significante toename in hun welbevinden als ouder;
- Ouders die minimaal 4 van de 5 groepsbijeenkomsten aanwezig waren, profiteren significant meer van de cursus dan ouders die 3 of minder bijeenkomsten hebben bijgewoond;
- Ouders die bij de voormeting op de SDQ in het klinische gebied scoorden, rapporteren een grotere afname in het probleemgedrag van hun tiener dan ouders bij wie dat niet het geval was;
- Ouders die bij de voormeting op de CBQ wat betreft het aantal en de intensiteit van ervaren opvoedconflicten in de omgang met hun tiener in het klinische gebied scoren, rapporteren een grotere vooruitgang dan ouders die bij aanvang geen klinische score hadden;
- Ouders die op de voormeting zowel op de SDQ als de CBQ niet in het klinische gebied scoren en lijken minder baat te hebben bij de cursus;

- Ouders zijn over het algemeen tevreden over de door hen gevolgde interventie zoals gemeten op de cliënt tevredenheidsvragenlijst.

Op basis van bovengenoemde onderzoeksresultaten adviseren de onderzoekers om de volgende inclusiecriteria voor de cursus te hanteren: een ouder (tiener) heeft minimaal een klinische score op de SDQ-totaalscore of op de CBQ. Ouders die niet aan deze criteria voldoen kan worden geadviseerd om een niveau 2 of 3 interventie te volgen (lezingen, workshop, kort pedagogisch adviestraject). Uiteraard kan de professional ervoor kiezen om hier op basis van zijn/haar vakkundigheid -beredeneerd- van af te wijken. Vanuit een preventieve invalshoek kan het volgen van een oudertraining er ook toe leiden dat ouders beter voorbereid zijn op een nieuwe fase in de ontwikkeling van hun kinderen wat kan helpen om ernstige problemen te voorkomen.

Resultaten van het implementatieproces:

De onderzoekers concluderen dat de implementatie van de Triple P cursus voor ouders van tieners voorspoedig is verlopen. De training en materialen zijn voldoende op orde om de cursus succesvol uit te voeren. De vraag van zowel ouders als professionals naar de interventie is groot. Belangrijkste aandachtspunten zijn het 'volle programma', de wens om er een extra bijeenkomst aan toe te kunnen voegen en een betere ondersteuning op de uitvoering vanuit de instellingen waar de professionals werkzaam zijn. <https://assets.trimbos.nl/docs/1550429b-9951-4648-8718-8d2b91a8d440.pdf>

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 principe vanuit de sociale leertheorie gericht op het doorbreken van dysfunctionele opvoedpatronen ten gunste van positief en ondersteunend gezinsklimaat;
- Een intensieve 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;
- Aanvullende modules om risicofactoren in het gezin aan te pakken (bv. partnerconflicten, hoog stressniveau, persoonlijke aanpassingsproblemen van ouders) die het succesvol toepassen van geleerde opvoedvaardigheden belemmeren;
- Focus op het voorkomen en verminderen van emotionele en gedragsproblemen bij kinderen door het programma zowel als een geïndiceerde interventie dan wel als een collectief en vrij toegankelijk aanbod 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

- Anton, M.T., D.J & Cuellar.J.(2016). Caregiver Use of the Core Components of Technology-Enhanced Helping the Noncompliant Child: A Case Series Analysis of Low-Income Families. *Cognitive and Behavioral Practice*, Volume 23, Issue 2, May 2016, Pages 194–204.
- Arnold, D. S., O'Leary, S. G., Wolff, L. S., & Acker, M. M. (1993). The Parenting Scale: A measure of dysfunctional parenting in discipline situations. *Psychological Assessment*, 5, 137-144.
- 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). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37,122-147.
- 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, J., Shaw, R. & Stewart-Brown, S. (2004). The effectiveness of parenting programmes for ethnic minority parents. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Barlow, J., Smailagic, N., Huband, N., Roloff, V. & Bennett, C. (2014) *Group-based parent training programmes for improving parental psychosocial health* (Review) Cochrane Database of Systematic Reviews 2014.
- Baumel, A., Pawar, A., Kane, J. & Correll, C. (2016). Digital Parent Training for Children with Disruptive Behaviors: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Trials, *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. October 2016, 26(8): 740-749.
- 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.
- Beck, J. S. (2011) *Cognitive behavior therapy: basics and beyond* –2nd ed. New York, Guilford Press.
- Berns, J., van Bommel, M., van Rijn, J. (2014) *Handleiding Kansrijk Implementeren*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bitsko, R.H., Holbrook, J.R., Robinson, L.R., Kaminsky, J.W., Ghandour, R., Smith, C., Peacock, G. (2016). *Health Care, Family, and Community Factors Associated with Mental, Behavioral, and Developmental Disorders in Early Childhood — United States, 2011–2012*. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* ; 65:221–226.
- Bommel, M. (2017) *Duurzame implementatie: de resultaten van 10 jaar Triple P in Nederland*. Factsheet, Triple P International Pty Ltd. Bot, S.(Red.), Roos, S. de, Sadiraj, K., Keuzenkamp, S., Broek, A. & van den & Kleijnen, E. (2013). *Terecht in de jeugdzorg? Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bot, S.(Red.), Roos, S. de (2015) *Opvoeden in niet-westerse migrantengezinnen: Een terugblik en verkenning*. Den Haag, Sociaal en Cultureel Planbureau,
- Boendermaker, L, de Baat, M. (2010) *Wat werkt bij jeugdigen met gedragsproblemen?* Utrecht; Nederlands Jeugdinstituut.
- Breukelen, I. C. van, Huijbregts, S.C.J, & Terpstra-Steenbergen (2007). *Triple P Positive-Parenting Program: For every Parent? Effectiveness of the Triple P D standard Group Program* (2008) Ongepubliceerd Manuscript, Universiteit van Leiden/GGZ-Rivierduinen.

- Brosnan, R., & Carr, A., (2000). Adolescent conduct problems. In A. Carr (Ed.), *What works with children and adolescents?* (Pp. 132-154). London/New York: Routledge.
- Bucx, F. (2011). *Gezinsrapport 2011. Een portret van het gezinsleven in Nederland*. 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.
- Buehler, C., & Gerard, J. M. (2002). Marital conflict, ineffective parenting and children's and adolescents' maladjustment. *Journal of Marriage and Family*, 64 (1), 78-92.
- Chamberlain, P., Reid, J.B., Ray, J., Capaldi, D.M. & Fisher, P. (1997) Parent inadequate discipline (PID). In: Widiger, T.A., Frances, A.J., Pincus, H.A., Ross, R. & Davis, W. eds. *DSM-IV sourcebook. Vol. 3*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1997:569-629.
- CBS (2011) *Onderzoek Jeugd en Opgroeien – OJO*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek
- CBS (2016) *Jeugdhulp 2016*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Coyne, J., & Downey, C. (1991). Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42, 401–425.
- Collins, L.M., Macoby, E.E., Steinberg, L., Hetherington, E.M. & Bornstein, M.H. (2000). Contemporary research on parenting: the case for nature and nurture. *American Psychologist*. 55: 218-232.
- Cunningham, C.E, Bremner. R. & Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behavior disorders: utilization, cost effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 36(7):1141–1159.
- Dadds, M.R., Schwartz, S. & Sanders, M.R. (1987). Marital discord and treatment outcome in behavioral treatment of child conduct disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 396–403. doi:10.1037//0022-006X.55.3.396.
- Dadds, M.R., & Powell, M.B. (1991). The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety, and immaturity in aggressive and nonclinic children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 553-567.
- Dishion, T. J. & McMahon, R. J. (1998). Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 61–75.
- Distelbrink, M., Essayah, Q., van Heerebeek, M., Ketner, S., Winkelman, C. (2011) *Triple-P Divers, ervaringen met een opvoedprogramma in veelkleurig Amsterdam*. Verwey-Jonker Instituut / Kenniswerkplaats Tienplus.
- Distelbrink, M. & Ketner, S. (2012). *Triple P voor niet-Westerse ouders. Een literatuurreview*. Verwey-Jonker Instituut / Kenniswerkplaats Tienplus.
- Dorsselaer, S. van, Looze, M., de., Vermeulen-Smit, E., Roos, S., de., Verdurmen, J., Bogt, T. ter, & Vollebergh, W. (2010). *HBSC 2009. Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- 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).
- Enebrink, P., Högström, J., Forster, M. & Ghaderi, A. (2012). Internet-based parent management training: A randomized controlled study. *Behavior Research and Therapy*, Volume 50, Issue 4, Pages 240-249.
- Evans, G.W., Boxhill, L., & Pinkaya, M. (2008) Poverty and maternal responsiveness: The role of maternal stress and social resources. *International Journal of Behavioral Development* ;32(3):232–237.
- Eyberg, S. M., & Pincus, D. (1999). *Eyberg Child Behavior Inventory and Sutter-Eyberg Student Behavior Inventory - Revised: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- 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.
- Foolen, N., Ince, D., de Baat, M., & Daamen, W. (2013). *Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen?* 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.
- Furlong M, McGilloway, S., Bywater, T., Hutchings, J., Smith, S. & Donnelly, M. (2013). Cochrane review: behavioral and cognitive-behavioral group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Evidence Based Child Health*. 8 (2): 318–692
- 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.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581–586.
- Goossens, F., & De Graaf, I. (2010). *Groepstraining Triple P voor ouders van tieners. Evaluatie van een pilot study. Utrecht Trimbos instituut.*
- Graaf, I. de, Speetjens, P.A.M., Wolff, M.S. de, & Smit, H.F.E. (2008a). Effectiveness of the Positive Parenting Program Triple P on behavioral problems in children: meta-analysis of randomized trials. *Behavior Modification*, 32, 714-735.
- Graaf, I., de, Speetjens, P., Smit, F., Wolff, M. de, & Tavecchio (2008b). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on parenting. A meta-analysis. *Family Relations*, 57, 553-566.
- Graaf, I. de, Haverman, M. Onrust, S., van Breukelen, I., Overgaag, M., Tavecchio, L. (2009) What are the results of Group and Standard Triple P for parents and children in the Dutch mental health care and youth care? In: *Helping families Change: the adoption of the Triple P- Positive Parenting Program in The Netherlands*. Proefschrift UVA / Trimbos, Utrecht.
- Graaf, I.de (2012). Eindrapport Project Kansrijk Implementeren. Een onderzoek naar de implementatie van het multi-level programma Triple P. Rapportage van drie deelonderzoeken. Utrecht: Trimbos instituut.
- Hart, B. & Risely. T.R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. Sydney: Paul H. Brooks.
- Ireland, J. L., Sanders, M. R., & Markie-Dadds, C. (2003). The impact of parent training on marital functioning: A comparison of two group versions of the Triple P - Positive Parenting Program for parents of children with early-onset conduct problems. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 31(2), 127-142.
- Izzo, C., & Weiss, L. (2000). Parental self-efficacy and social support as predictors of parenting practices and children's socioemotional adjustment in Mexican immigrant families. *Journal of Prevention and Intervention in the Community*, 20 (1-2), 197-213.
- Jansma, A. & Dislebrink. De kracht van de oudercursus
- Johnston, C., & Mash, E. J. (1989). A measure of parenting satisfaction and efficacy. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18(2), 167-175.
- Jones, T. L., & Prinz, R. J. (2005). Potential roles of parental self-efficacy in parent and child adjustment: A review. *Clinical Psychology Review*, 25, 341-363.
- 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., (2005). Parent management training. Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents. New York: Oxford University Press.
- Karoly, P. (1993). Mechanisms of self-regulation: a systems view. *Annual Review of Psychology*, 44, 23-52.
- Ketner, S., Distelbrink, M., Harreveld, C & Winkelman, C. (2012) *Diversiteit in de praktijk. Amsterdamse ouders over Triple p Tieners*. Verwey-Jonker Instituut/ Kenniswerkplaats Tienplus.
- 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.
- 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.
- Kazdin, A. E., & Blasé, S. L. (2011). Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 21–37.
- Lau, A. S., Fung, J. J., Ho, L. Y., Liu, L. L., & Gudiño, O. G. (2011). Parent Training With High-Risk Immigrant Chinese Families: A Pilot Group Randomized Trial Yielding Practice-Based Evidence. *Behavior Therapy*, 42(3).
- Lee, S., Aos, S., Drake, E., Pennucci, A., Miller, M., & Anderson, L. (2012). *Return on investment: Evidencebased options to improve statewide outcomes* (Document no. 12-04-1201). Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Leijten, P., Raaijmakers, M., de Castro, B., van den Ban, E., & Matthys, W. (2015). Effectiveness of the Incredible Years Parenting Program for families with socioeconomically disadvantaged and ethnic minority backgrounds. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 0(0), 1–15.
- Lindsay, G., Strand, S. & Davis, H. (2011). A comparison of the effectiveness of three parenting programmes in improving parenting skills, parent mental wellbeing and children's behavior when implemented on a large scale in community settings in 18 English local authorities: *The Parenting Early Intervention Pathfinder (PEIP)*, *BMC Public Health*.
- 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 & Crime Prevention*, 7, 7-30.
- Looze, M. de, Dorsselaer, S. van, Roos, S., de, Verdurmen, J., Stevens, G., Gommans, R., Bon-Martens, M. van, Bogt, T. ter & Vollebergh, W. (2014). *Health Behaviour in School-aged children* (HBSC 2013 Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- 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.
- Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- 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.
- 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.
- McGoron, L. & Ondersma, S. J. (2015) Reviewing the need for technological and other expansions of evidence-based parent training for young children. *Children and Youth Services Review*, Volume 59, December 2015, Pages 71-83.
- 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.
- 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.
- 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., 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
- Mourik, K. van, Crone, M.R., de Wolff, M.S., Reis, R. (2017). Parent training programs for ethnic minorities: a meta-analysis of adaptations and effect. *Prevention Science*. Jan; 18(1):95-105.
- Naber, P., Smallegange, E., Dongen S. van. (2018) Why parents participate in professional parenting support programmes. Participation of parents in the “Triple P Teens” programme. *Journal of Social Intervention: Theory and Practice – Volume 27, Issue 1*
- Nelson, J., Stage, S., Duppong-Hurley, K., Synhorst, L., & Epstein, M. (2007). Risk factors predictive of the problem behavior of children at risk for emotional and behavioral disorders. *Exceptional Children*, 2007; 73(3):367–379.
- Norton, R. (1983). Measuring marital quality; A critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family* 45, 141-151.
- Nowak, C. & Heinrichs, N. (2008). A Comprehensive Meta-Analysis of Triple P-Positive Parenting Program Using Hierarchical Linear Modeling: Effectiveness and Moderating Variables. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(3), 114-144.
- Ogders, C., Caspi, A., Russell, M., Sampson, R., Arseneault, L., & Moffitt, T. (2012). Supportive parenting mediates neighborhood socioeconomic disparities in children's antisocial behavior from ages 5 to 12. *Development and Psychopathology*, 24(3), 705-721. doi:10.1017/S0954579412000326.
- 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.
- Onrust, S. A., De Graaf, I. M., & Van der Linden, D. (2012). De meerwaarde van Triple P. Resultaten van een gerandomiseerde effectstudie van de Triple P gezinsinterventie bij gezinnen met meervoudige problematiek. *Kind en Adolescent*, 33, 60-74.
- Overgaag, M.J.H., Tuijl, C. van & Verkerk, G. (2008) *Triple P Blijvend Effectief? Effectiviteit na 6 maanden van de groepstraining Triple P niveau 4*. Universiteit van Utrecht.
- Patterson, G. R. (1982). *Coercive family process*. Eugene, OR: Castalia Press.
- Patterson, G.R., Reid, J.B., & Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson J, Mockford C, Barlow J, and Pyper C, Stewart-Brown (2002): Need and demand for parenting programmes in general practice. *Archives of Disease in Childhood* 2002, 87:468-487.
- Patterson, G. R., DeGarmo, D., & Forgatch, M. S. (2004). Systematic changes in families following prevention trials. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 621–633.
- Patterson, G.R., Forgatch, M.S. & DeGarmo, D.S. (2010). Cascading effects following intervention. *Development and Psychopathology*. 2010;22(4):949–970.
- Pels, T. & Vollebergh, W. (2006) Diversiteit in opvoeding en ontwikkeling: Een overzicht van recent onderzoek in Nederland. Amsterdam: Aksant Academic Publishers, 2006.
- Pels, T, Distelbrink, M., Tan, S. (2013) Meetladder Diversiteit Interventies. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut/ Kenniswerkplaats Tienplus.

- Pettit, G.S., Laird, R.D., Dodge, K.A., Bates, J.E., Criss, M.M. (2001). Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Development*, 72(2):583–598.
- 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*.
- Ralph, A., & Sanders, M.R (2009) *Handboek voor professionals Tiener Triple P Standaard*. University of Queensland.
- 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.
- Rhoades, K. A., O'Leary, S. O. (2007). Factor Structure and Validity of the Parenting Scale. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 36(2), 137-146.
- Risely, T. R., Clark, H.B. & Catlando, M.F. (1976). Behavioral technology for the normal middle class family. In E.J. Mash, L.A. Hamerlynch, & L.C. Handy (Eds.), *Behavioral modification and families* (pp. 34-60). New York: Brunner/ Mazel.
- Robin, A.L., Forster, S.L. (1989) *Negotiating parent-adolescent conflict: A behavioral family system approach*. New York: Guilford Press.
- Roorda, W., Van Dongen, S. & Naber, P. M. (2018). How parents raise their children: Research on subgroups of parents in a metropolitan context. Forthcoming.
- Roos, S. de, F. Bucx & M. Geijer (2011). *Gezondheid en probleemgedrag van kinderen: de rol van ouders en de bredere opvoedingsomgeving*. In: F. Bucx (red.), *Gezinsrapport 2011. Een portret van het gezinsleven in Nederland* (p. 197-222). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Sanders, M. & 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., & Dadds, M.R. (1993). *Behavioral family intervention*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Sanders, M. R. (1999). Triple P - Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 71-90.
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., Tully, L., & Bor, W. (2000). The Triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68,624-640.
- Sanders, M. R., & McFarland, M. (2000). Treatment of depressed mothers with disruptive children: A controlled evaluation of cognitive behavioural family intervention. *Behavior Therapy*, 31, 89-112.
- 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., & Woolley, M.L. (2005). The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training. *Child: Care, Health and Development*, 31(1), 65-73. doi:10.1111/j.1365-2214.2005.00487.x
- Sanders, M. R., Bor, W., & Morawska, A. (2007). Maintenance of treatment gains: A comparison of enhanced, standard, and self-directed Triple P - Positive Parenting Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35(6), 983–998. doi: 10.1007/s10802-007-9148-x.
- Sanders, M.R. & Mazzucchelli, T. (2011). The promotion of self-regulation through parenting interventions. *Psychology of Self-Regulation*, ed. V. Barkoukis. Hauppauge, N.Y. Nova Sci.
- Sanders, M. R., Mazzucchelli, T. G., & Ralph, A. (2012). Promoting parenting competence through a self-regulation approach to feedback. In R. M. Sutton, M. J. Hornsey, & K. M. Douglas (Eds.), *Feedback: The communication of praise, criticism, and advice* (pp. 305–321). New York, NY: Peter Lang

- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (2011). *Handboek voor professionals Triple P Plus*. Brisbane, QLD, Australia: Triple P International Pty. Ltd.
- Sanders, M. R. (2012). Development, evaluation, and multinational dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 11.1-11.35. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104
- Sanders, M. R., Markie-Dadds, C., & Turner, K. M. T. (2013). *Handboek voor professionals Triple P Standaard*. (2^{de} 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., 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.
- 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., Spender, Q., Doolan, M., Jacobs, B., & Aspland, H. (2001). Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *BMJ, British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 323(7306), 194 – 198.
- 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.
- Steketee, M., Jonkman, H., Naber, P., Distelbrink, M., en Roorda, W. (2018). Does Triple P promote positive parenting? A study on Triple P Teen in the Netherlands. (Definitieve onderzoeksrapport en publicatie nog niet beschikbaar).
- Taylor, T.K. & Biglan, A. (1998). Behavioral Family interventions for improving child rearing: a review of the literature for clinicians and policy makers. *Clinical child and family review*, vol. 1, no. 1.
- Thomas, R. & Zimmer-Gembeck, M.J. (2007) Behavioral outcomes of Parent-Child Interaction Therapy and Triple P – Positive Parenting Program: A review and meta-analysis. *Journal Abnormal Child Psychology*. 35, 475-495. DOI:[10.1007/s10802-007-9104-9](https://doi.org/10.1007/s10802-007-9104-9)
- 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.
- 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.
- 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.
- Webster-Stratton, C., & Hammond, M. (1999). Marital conflict management skills, parenting style and early onset conduct problems: Processes and pathways. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 917–927.
- 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).
- Zubrick, S.R., Silburn, S.R., Garton, A.F., Burton, P., Dalby, R., Carlton, J., Shepherd, J. & Lawrence, D. (1995). *Western Australian Child Health Survey: Developing Health*

and Well-being in the Nineties, Australian Bureau of Statistics and the Institute for Child Health Research.

Zubrick, S.R., Ward, K.A., Silburn, S.R., Lawrence, D., Williams, A., Blair, E., Robertson, D., Sanders, M.R. (2005). Prevention of child behavior problems through universal implementation of a group behavioral family intervention. *Prevention Science*; 6(4):287-304. doi: 10.1007/s11121-005-0013-2

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, 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.

