

Basiszorg Triple P voor ouders van tieners

Evaluatie van de implementatie en
eerste effecten van Basiszorg Triple P

Onderdeel van het project
Roken, Alcohol en Cannabis & opvoeding



**Ireen de Graaf
Ingrid Schulten
Jacqueline Verdurmen**

Basiszorg Triple P voor ouders van tieners

Evaluatie van de implementatie en
eerste effecten van Basiszorg Triple P

Onderdeel van het project
Roken, Alcohol en Cannabis & opvoeding

Colofon

Projectleiding
Ireen de Graaf

Uitvoering
Ireen de Graaf
Wendy Beerink, stagiaire
Sharon Klaassen, stagiaire

Productiebegeleiding
Kathy Oskam

Omslagontwerp
Ladenius Communicatie BV Houten

Opdrachtgever
ZonMW

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

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer AF1117

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

© 2011, Trimbos-instituut, Utrecht.

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

Inhoud

Samenvatting.....	5
Inleiding.....	9
1 Onderzoeksopzet.....	15
1.1 Inleiding.....	15
1.2 Projectstructuur.....	15
1.3 Uitvoering pilot.....	16
1.3.1 Voorbereidende fase.....	16
1.3.2 Uitvoerende fase.....	16
1.4 Hypotheses en vraagstelling.....	17
1.5 Werving van ouders.....	17
1.6 Uitkomstmaten.....	18
1.6.1 Effectmeting.....	18
1.6.2 Implementatiestudie.....	19
1.7 Steekproef.....	20
1.8 Missende data.....	20
1.9 Analyses.....	20
2 Resultaten effectstudie.....	21
2.1 Onderzoekspopulatie.....	21
2.1.1 Respondenten.....	21
2.1.2 Demografische gegevens.....	21
2.1.3 Middelengebruik.....	22
2.2 Resultaten.....	23
2.2.1 Effecten.....	23
2.2.2 Klinische effecten.....	24
2.2.3 Effectiviteit naar kenmerken.....	25
2.2.4 Waardering ouders.....	27
2.3 Conclusie.....	29
4. Resultaten implementatiestudie.....	31
4.1. Beroepskrachten, projectleiders en instellingen.....	31
4.2. Evaluatie van de implementatie.....	32
4.2.1. Kenmerken van de interventie.....	32
4.2.2. Kenmerken van de organisatie.....	34
4.2.3. Persoonlijke kenmerken.....	34
4.2.4. Middelengebruik.....	34
4.2.5. Intervisiebijeenkomsten.....	35
4.2.6. Bereik ouders.....	35
4.2.7. Criteria voor deelname.....	36
4.2.8. Voortzetting na de pilotperiode.....	36
4.2.9. Conclusie.....	37
5. Conclusies en aanbevelingen.....	39
5.1. Conclusies.....	39
5.2. Aanbevelingen.....	40
Literatuur.....	43

Samenvatting

Inleiding

In het kader van de campagne Roken, Alcohol, Cannabis & Opvoeding van het Trimbos-instituut, in samenwerking met Stivoro en regionale partners, is een pilotstudie naar Basiszorg Triple P uitgevoerd. Basiszorg Triple P is onderdeel van het Triple P programma, bedoeld om ouders te ondersteunen bij de opvoeding om emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen en tieners te voorkomen of verminderen. Basiszorg Triple P is voor ouders met beginnende opvoedingsproblemen of zorgen over de ontwikkeling van hun kind. Het is een kortdurende interventie van 4 individuele bijeenkomsten gericht op het versterken van de opvoedingsvaardigheden van de ouders.

Omdat veel tieners in de adolescentiefase gaan experimenteren met roken, alcohol en drugs en de opvoeding en ouders een belangrijke rol in het voorkomen of verminderen van middelengebruik kunnen hebben, heeft dit een prominente rol in deze pilot gekregen. Zo zijn beroepskrachten van instellingen voor verslavingszorg getraind in Basiszorg Triple P en zijn de reguliere instellingen voor opvoedhulp getraind in middelenspecifieke opvoedingsstrategieën.

Tussen mei 2009 en september 2011 is een pilot uitgevoerd naar Basiszorg Triple P voor tieners. De effectiviteit en de implementeerbaarheid van Basiszorg Triple P tieners is bestudeerd met als doel zicht te krijgen op de mogelijke effecten en een onderbouwd advies te kunnen geven over de voortzetting van deze interventie in Nederland. We hebben onderzocht of de interventie in een pre-post design effectief is wat betreft probleemgedrag van de tiener, opvoedvaardigheden en competenties van de ouders. Daarnaast zijn aan ouders vragen gesteld over de kennis over middelengebruik, over de kwaliteit van de communicatie over middelengebruik, over eigen effectiviteit bij alcohol, bij roken en bij drugs.

Ook is een implementatiestudie uitgevoerd. Beroepskrachten zijn ondervraagd over succesvolle elementen en verbeterpunten voor een bredere implementatie van Triple P Basiszorg inclusief aandacht voor middelenspecifieke opvoeding.

Effectmeting

In totaal hebben 147 ouders de voormeting en 112 ouders nameting ingevuld. Het merendeel was vrouw (85%) en van autochtone afkomst (91%). In 54% van de gevallen werd hulp gezocht voor een zoon.

De belangrijkste resultaten zijn:

Probleemgedrag tiener en opvoedvaardigheden ouders

De resultaten laten zien dat er een significante afname is van (klinische) emotionele- en gedragsproblemen van de tieners, maar niet van de andere probleemgebieden op de SDQ, namelijk hyperactiviteit, omgang met leeftijdgenoten, pro-sociaal gedrag. Ook is een verbetering te zien van de opvoedingsstijlen toegeeflijkheid en overreageren. Tevens neemt de tevredenheid en eigen effectiviteit over de opvoeding toe.

We zagen geen verschillen in effecten wat betreft geslacht kind, opleiding ouder, culturele afkomst. Dat betekent dat Basiszorg Triple P bij diverse groepen ouders kan worden ingezet.

Ouders die voorafgaand aan de interventie het probleemgedrag van hun tiener in het klinisch gebied scoorden, rapporteerden na afloop van de interventie een grotere afname

van dit probleemgedrag en een grotere toename van de eigen opvoedingsstijlen, dan ouders die voorafgaand aan de interventie niet klinisch scoorden.

Ouders die voorafgaand aan de interventie de eigen opvoedingsstijl in het klinisch gebied scoorden, rapporteerden een grotere vooruitgang in deze opvoedingsstijlen, dan ouders die vooraf niet in het klinische gebied scoorden.

Een grotere afname bij grotere problematiek vooraf is enigszins te verwachten. Als de problematiek vooraf hoog is, is er meer ruimte voor verandering.

Een opvallend resultaat is dat bijna een kwart van de deelnemende ouders voorafgaand aan de interventie in het klinische gebied scoorden wat betreft probleemgedrag van de jongeren en tegelijkertijd ook op de eigen opvoedingsstijlen. Deze ouders scoorden achteraf een significante afname van deze problematiek. Dat betekent dat deze kortdurende interventie ook geschikt kan zijn voor ouders van tieners met ernstige problemen, die in het huidige systeem vaak meer intensievere hulpverlening ontvangen. Het kan kostenbesparend zijn om deze ouders met deze kortdurende ondersteuning te helpen in plaats van de intensievere, en dus duurdere, vormen van hulp.

Middelengebruik en middelenspecifieke opvoedingsstrategieën

De resultaten laten zien dat er een significante afname is van het middelengebruik van de jongeren (alcohol, roken en drugs), dat de kwaliteit van de communicatie tussen ouders en hun kinderen over alcoholgebruik significant is verbeterd en ouders meer het gevoel hebben dat het stellen van regels ten aanzien van het roken van hun tiener zin heeft (eigen effectiviteit van de ouders).

Bij de overige schalen (Eigen effectiviteit opvoeding bij alcoholgebruik, Kennis over middelengebruik van hun kind en Eigen effectiviteit opvoeding bij druggebruik), zagen we wel positieve veranderingen, echter niet significant.

Tenslotte is er een tevredenheidvragenlijst bij ouders afgenomen. Over het algemeen zijn ouders positief over de ondersteuning en de Triple P aanpak.

Resultaten implementatiestudie

In totaal zijn er tijdens de twee trainingen 34 beroepskrachten opgeleid die werkzaam zijn bij 12 instellingen. Deze betroffen instellingen voor verslavingszorg (4), GGD'en (5), welzijnsorganisaties (2) en Bureau Halt (1). 25 beroepskrachten vulden een vragenlijst in. Er waren vijf mannelijke en twintig vrouwelijk beroepskrachten. De meeste beroepskrachten gaven al geruime tijd opvoedingsondersteuning.

De implementatie van Basiszorg Triple P is goed verlopen, al ging het begin moeizaam. De werving van ouders bleek een knelpunt. Toch lukte het alle beroepskrachten om genoeg ouders te werven die gemotiveerd waren om Basiszorg Triple P te ontvangen. Basiszorg Triple P past binnen het instellingsbeleid, de beroepskrachten en projectleiders staan achter de methode en bijna iedereen geeft aan Basiszorg Triple P voort te zetten na afloop van de pilot. Wel dient aandacht voor de implementatie aanwezig te blijven, omdat door de wervingsproblemen er een risico is dat het weer inzakt. Er was bij dit alles geen onderscheid tussen de instellingen voor verslavingszorg en de reguliere instellingen voor opvoedhulp.

Conclusie

Basiszorg Triple P tieners heeft in de pilot significant positieve effecten op kindgedrag, opvoedingsvaardigheden en middelengebruik laten zien. De implementatie van Basiszorg Triple P tieners is succesvol verlopen en het wordt aanbevolen om Basiszorg Triple P breed te implementeren. Belangrijk hierbij is om aandacht te besteden aan de middelenspecifieke opvoedingsstrategieën voor de reguliere instellingen voor

opvoedhulp. Dat het aanbod goed past binnen de instellingen voor verslavingszorg is een succesvol resultaat. Deze instellingen boden tot op heden vooral universele preventieprogramma's gericht op ouders en maken hiermee een overgang naar meer intensievere hulp, dat past bij de vragen en problemen die ouders hebben. Een bredere implementatie van Basiszorg Triple P binnen de verslavingszorg instellingen vereist wel extra aandacht, omdat het voor deze instellingen nieuw is.

Inleiding

Campagne Roken, Alcohol, Cannabis & Opvoeding

De afgelopen jaren heeft het Trimbos-instituut in samenwerking met Stivoro en regionale partners een brede campagne gevoerd voor ouders over roken-, alcohol- en cannabisopvoeding. De aanleiding was dat scholieren al jong regelmatig drinken, roken en blowen. Omdat riskant middelengebruik zich in dezelfde leeftijdsfase ontwikkelt en vaak in samenhang voorkomt hebben ouders de voorkeur om samenhangend over roken-, alcohol- en cannabisopvoeding benaderd te worden. Ouders spelen een belangrijke rol bij het voorkomen dat kinderen hiermee beginnen. In de campagne zijn ouders landelijk en regionaal aangesproken, voorgelicht en toegerust om effectieve maatregelen te nemen om te voorkomen dat hun kind gaat roken, drinken of blowen.

Het project Roken, Alcohol en Cannabis & opvoeding bestond uit vier hoofdonderdelen: campagnes, materiaal en methodiekontwikkeling, implementatie en onderzoek die er samen voor zorgen dat ouders met onderbouwde opvoedtips en interventies bereikt worden, zowel via de massamedia als met een persoonlijke benadering in de regio. De eerste jaren is de massamediale communicatie en regionale voorlichting vooral gericht geweest op het bewustmaken van ouders, het aanreiken van samenhangende opvoedstrategieën en ouders met elkaar in gesprek brengen. Daarna was het doel ouders te interesseren en toe te leiden naar goed onderbouwde methodieken waarmee zij in de thuissituatie met hun eigen kind de vaardigheden kunnen leren voor een effectieve middelenopvoeding. Naarmate de campagne langer liep vond er dus een verschuiving plaats van beïnvloeding van de determinanten kennis en attitude naar gedrag. Binnen dit kader is ook de pilot Basiszorg Triple P voor tieners uitgevoerd.

Basiszorg Triple P dient te worden beschouwd in het totaal aanbod dat er is ontwikkeld tijdens dit project. De portal www.hoepakjijdataan.nl biedt ouders een uitgebreid online aanbod met informatieve websites over verschillende leefstijlonderwerpen (www.uwkindenroken.nl, www.uwkindenalcohol.nl, www.uwkindenblowen.nl, www.uwkindenseks.nl) Daarnaast is de online cursus www.pratenmetuwkind.nl ontwikkeld waarbij ouders kunnen oefenen hoe zij openhartig met hun kind kunnen praten over niet roken, niet drinken, en niet blowen. Ook zijn ouderbijeenkomsten, opvoeddebatten ontwikkeld en uitgevoerd. Tenslotte is de Amerikaanse interventie 'Hou vol, geen alcohol' (door) ontwikkeld.

Problematiek jongeren

Emotionele- en gedragsproblemen

Uit een onderzoek onder scholieren in het voortgezet onderwijs blijkt dat 15% last van emotionele problemen heeft en zo'n 13% van gedragsproblemen. Dat is ongeveer één op de zeven scholieren. In vergelijking met kinderen aan het eind van het basisonderwijs vertonen jongeren in het voortgezet onderwijs systematisch meer problemen en een aanzienlijk ongezondere leefstijl. Meisjes hebben meer emotionele problemen dan jongens en in de loop van de adolescentie neemt dit sekseverschil toe. Leerlingen uit lagere opleidingsniveaus rapporteren de meeste problemen en ook het minste prosociale gedrag (Van Dorsselaer et al., 2010). Deze probleemgedragingen kunnen leiden tot schoolproblemen, delinquentie en middelenproblemen (O'Leary et al., 1999).

Middelengebruik

Uit onderzoek komt het volgende beeld naar voren (Van Dorsselaer et al., 2010). Experimenteren met sigaretten begint soms al vroeg in de adolescentie. In de laatste klas van de basisschool heeft één op de twintig leerlingen ooit minimaal één sigaret gerookt. Bij een derde van de scholieren op de middelbare school heeft ooit gerookt en één op de veertien scholieren rookt dagelijks. Er zijn nauwelijks verschillen tussen

jongens en meisjes. Dit percentage neemt sterk toe naarmate de leerlingen ouder worden. Uiteindelijk heeft op 16-jarige leeftijd de helft van de scholieren ooit gerookt en rookt 19% dagelijks sigaretten.

Hoewel leerlingen in de eerste klas van de middelbare school nog niet vaak hebben geëxperimenteerd met alcohol, stijgt dit aandeel snel met de leeftijd. Op 16-jarige leeftijd heeft 85% ooit gedronken. Bijna de helft van de 16-jarigen is wel eens dronken geweest. In vergelijking met roken en drinken van alcohol wordt cannabis door een kleine groep jongeren gebruikt: 14% van de jongens en 10% van de meisjes op 16-jarige leeftijd gebruikte ooit cannabis. Cannabisgebruik neemt sterk toe met de leeftijd. Onder 16-jarigen zegt bijna een derde ooit in het leven en 5% in de laatste maand cannabis te hebben gebruikt. Het gebruik van middelen door tieners kan grote negatieve gevolgen hebben, zoals hersenschade, agressief gedrag, ongelukken, schoolproblemen en psychische stoornissen (Ary et al., 1999; Monshouwer, 2008; O'Leary et al., 1999).

De rol van opvoeding

Ouders hebben een grote invloed op het gedrag van hun tiener (De Goede et al., 2009; Santrock, 2007). De meest consistente en sterke voorspeller van antisociaal en delinquent gedrag bij de tiener is een negatieve opvoedpraktijk van de ouders. Deze negatieve opvoedpraktijk omvat veelal drie kenmerken, namelijk: overreageren, laksheid en een laag competentiegevoel van de ouder over de opvoeding (Coleman & Karraker, 1997; Freeman & DeCoursey, 2007; Irvine, Biglan, Smolkowski & Ary, 1999; O'Leary et al., 1999; Reid & Patterson, 1989; Rogers & Matthews, 2004).

Het onderzoek van Van Dorsselaer en anderen (2010) laat het volgende beeld rondom middelenspecifieke opvoeding zien.

Afkeuring door ouders van het rookgedrag van hun kind blijkt samen te hangen met een reductie van roken door jongeren (Bahr et al., 2005; Piko, 2006; Engels & Willemsen, 2004). Ook blijkt uit onderzoek dat een kwalitatief goede communicatie tussen ouders en kind over roken invloed heeft op het rookgedrag van adolescenten.

Wat betreft alcoholgebruik wijzen verschillende studies uit dat negatieve opvattingen over alcoholgebruik en strenge regels stellen door ouders ten aanzien van het alcoholgebruik samenhangen met minder alcoholgebruik door jongeren (Bahr et al., 2005; Wood e.a., 2004; Van der Vorst et al., 2007).

wat betreft de cannabis specifieke opvoeding laat onderzoek zien dat niet zozeer de normen van ouders maar vooral het vertrouwen dat ze hebben in hun eigen effectiviteit om het blowen te beïnvloeden verband houdt met minder cannabisgebruik van het kind.

Vanwege dit grote belang van ouders voor de ontwikkeling van kinderen binnen het gezin is er in toenemende mate aandacht voor ondersteuning, begeleiding en behandeling van ouders met opvoedingsproblemen.

Een goede ouder-kindrelatie en een ondersteunend opvoedingsklimaat zijn belangrijke beschermende factoren tegenover de risico's die jeugdigen in hun ontwikkeling kunnen bedreigen. De toerusting en ondersteuning van ouders is om die reden een zinvolle strategie in het voorkomen van ernstige jeugdproblematiek en een belangrijk middel om een optimale ontwikkeling van jeugdigen te bevorderen. De puberteit brengt echter ook voor ouders nieuwe opvoedingsopgaven met zich mee en veel ouders ervaren een hogere opvoedingsbelasting in deze leeftijdsfase. De invloed van leeftijdgenoten en andere externe factoren zoals internet is groot, maar op de achtergrond blijft de rol van ouders een factor van belang. Het gaat daarbij om aspecten als emotionele steun kunnen bieden afgestemd op de behoeften van pubers, toezicht houden op hun doen en laten, in overleg duidelijke regels en grenzen kunnen aangeven en adequate sturing kunnen bieden bij grensoverschrijdend of risicovol gedrag.

De behoefte aan een goed onderbouwd ondersteuningsprogramma voor ouders van tieners is groot. Basiszorg Triple P voor tieners kan daarin voorzien.

Basiszorg Triple P voor tieners

Triple P staat voor "Positief Pedagogisch Programma" en komt oorspronkelijk uit Australië. Dit programma biedt opvoedings- en gezinsondersteuning om emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen en tieners te voorkomen of verminderen (Blokland, 2007; De Graaf et al., 2008; Nowak & Heinrichs, 2008; Sanders et al., 2002). Triple P is beschikbaar voor verschillende doelgroepen. De versie voor tieners richt zich op ouders met kinderen tussen de 10 en 18 jaar.

Het Triple P programma is een laagdrempelig en integraal programma met als doel (ernstige) emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen te voorkomen of te verminderen door het bevorderen van competent ouderschap. Ouders leren de dagelijkse communicatie in het gezin te gebruiken om hun kinderen adequate steun te bieden en hun sociale vaardigheden en probleemoplossend vermogen te stimuleren. De positieve krachten in een gezin en de competentie van ouders worden zo versterkt en risicofactoren verminderd. Het Triple P programma onderscheidt vijf niveaus van ondersteuning met daarbij variabele aanbiedingsvormen. Samen bieden zij een samenhangend systeem van interventies dat ouders steun op maat kan bieden. De opvoedingsondersteuning kan schriftelijk of mondeling zijn, individueel of groepsgewijs en ook als zelfhulpinterventie worden aangeboden. Triple P richt zich bovendien op opeenvolgende ontwikkelingsfasen en sluit aan bij de vragen en behoeften van ouders met kinderen van verschillende leeftijden (zie tabel 1).

Tabel 1. Overzicht Triple P Programma

Interventieniveau	Doelgroep	Interventiemethode
Niveau 1: Triple P Universeel	Ouders met kinderen van 0 -16 jaar die geïnteresseerd zijn in informatie over de opvoeding en de ontwikkeling van kinderen	Massamediale anticiperende voorlichting over veelvoorkomende opvoedingsvragen en ontwikkelingsaspecten
Niveau 2: Triple P Selectief	Ouders met een specifieke vraag over het gedrag en/of de ontwikkeling van kinderen	Gerichte informatie bij veelvoorkomende opvoedingsvragen Individueel advies 2 x 10 minuten of een groepsgericht aanbod van lezingen
Niveau 3: Triple P Basiszorg	Ouders met beginnende opvoedingsproblemen of zorgen over de ontwikkeling van hun kind	Kortdurende individuele consultatie (1-4 sessies van 30 minuten) gericht op het versterken van opvoedingsvaardigheden
Niveau 4: Standaard of Groep Triple P	Ouders met kinderen met ernstige gedragsproblemen die een gerichte training in opvoedingsvaardigheden nodig hebben	Training opvoedingsvaardigheden in 3 varianten: - Individuele sessies (8-10) - Groepstraining (8 sessies) - Zelfhulpprogramma
Niveau 5 Triple P Plus	Gezinnen met meervoudige gedragsproblemen van kinderen in combinatie met andere gezinsproblemen zoals depressie, stress of relationele problematiek	Intensief gezinsgericht programma, 10 tot 18 sessies met keuzemodules gericht op het verhogen pedagogische vaardigheden, omgaan met stress en relatieproblemen

Basiszorg Triple P (niveau 3) is voor ouders met algemene of specifieke opvoedingsvragen. Ouders die meedoen krijgen een training bestaande uit 4 *individuele gesprekken*. Het doel is om milde emotionele- en gedragsproblemen bij kinderen te voorkomen of te verminderen door het bevorderen van competent ouderschap.

De interventie bestaat uit vier individuele ouderbijeenkomsten van ongeveer dertig minuten, welke tweewekelijks plaatsvinden, onder leiding van een professional. In de eerste bijeenkomst wordt een beeld gevormd van de problematiek en er wordt een schema opgesteld om het probleemgedrag thuis te kunnen monitoren. In bijeenkomst twee wordt eerst besproken hoe dit monitoren ging en zal er een opvoedplan worden opgesteld met doelen ter verandering. Vervolgens leert de ouder samen met de professional effectieve opvoedingsstrategieën aan, zoals het geven van positieve aandacht en positief interacteren met de tiener. De overreactieve en toegeeflijke opvoedingsstijl van de ouders worden op deze manier vervangen door meer positieve opvoedvaardigheden. Door middel van het doen van rollenspelen wordt de ouder een aantal strategieën aangeleerd. Een voorbeeld van een strategie is het maken van duidelijke, kalme verzoeken naar de tiener toe in plaats van te schreeuwen en schelden als de tiener niet meteen luistert. Wanneer de tiener niet voldoet aan het verzoek, volgt er een logische consequentie. Dit is bijvoorbeeld het uitzetten van een radio voor dertig minuten wanneer de ouder heeft verzocht de radio zachter te zetten, maar de tiener dit weigert. Na dit half uur krijgt de tiener de mogelijkheid om nu wel het gewenste gedrag te laten zien. De ouder dient de aangeleerde strategieën thuis te oefenen. In de derde bijeenkomst wordt de voortgang besproken van het opvoedplan en eventueel aanvullende strategieën aangeleerd. Ook deze aanvullingen worden weer thuis geoefend. In de laatste bijeenkomst wordt door de ouder en de hulpverlener geëvalueerd of de gestelde doelen zijn behaald en wordt de interventie afgesloten.

De pilot

Het doel om deze pilot binnen het kader van de campagne te plaatsen was om de algemene opvoedstrategieën van de evidence-based Basiszorg Triple P te koppelen aan de specifieke middelenopvoeding. Binnen de reguliere opvoedhulp (zoals opvoedsteunpunten, opvoedbureaus, JGZ) vindt het aanbod van Triple P voor ouders van jonge kinderen al plaats. De beroepskrachten van deze instellingen breiden met het Triple P aanbod hiermee uit naar de ouders van tieners, waarin voorzien wordt in een doorgaande lijn van opvoedingsondersteuning. Omdat deze instellingen niet altijd de kennis over middelengebruik en over opvoedhulp bij middelengebruik in huis hebben, is een extra training gegeven voor deze beroepskrachten. Hiermee hebben we ervoor gezorgd dat, als deze problematiek zich voordoet, betere hulp geboden kan worden.

Binnen instellingen van verslavingszorg is een tendens zich meer te richten op selectieve preventie. Zij bieden steeds vaker opvoedingsondersteuning aan ouders en dit evidence-based aanbod kan voor deze instellingen een aanvulling zijn.

De meeste instellingen voor verslavingszorg hebben een aanbod opvoedingsondersteuning ter preventie of voorkoming van alcohol- middelengebruik, zoals Ouderavonden Alcoholmodule, Homeparties of Strengthening Families. Basiszorg Triple P kan hierbij een aanvullend aanbod zijn, omdat het zich richt op ouders met specifieke vragen of zorgen omtrent het alcohol- en drugsgebruik van hun tiener. In deze pilot zullen we daarom ook specifiek aandacht besteden aan de implementatie van Basiszorg Triple P binnen de instellingen voor verslavingszorg.

Het doel van deze pilot is om de algemene opvoedstrategieën van Basiszorg Triple P expliciet te koppelen aan de specifieke middelengebruik opvoeding. Door Basiszorg Triple P zowel in de reguliere opvoedhulp instellingen (met aanvullende kennis over middelen) als in de instellingen voor verslavingszorg te implementeren, beogen we dit doel te bereiken.

In deze pilot zullen we Basiszorg Triple P implementeren in de Nederlandse setting met specifieke aandacht voor middelengebruik. De interventie wordt op eerste effecten onderzocht middels een voor- en nameting. Tevens wordt een studie naar de bevorderende en belemmerende factoren van implementatie verricht.

1 Onderzoeksoopzet

1.1 Inleiding

Sinds 2005 worden de interventies van Triple P in Nederland breed geïmplementeerd. Het is belangrijk om, voordat de interventies van dit Australische programma structureel worden ingebed in het Nederlandse aanbod van opvoedingsondersteuning, in een pilotstudie te onderzoeken wat de eerste effecten van de interventie zijn en welke aspecten belangrijk zijn bij een grootschalige implementatie.

Voor de effectiviteit is de gouden standaard de RCT (Randomised Controlled Trial), eventueel aangevuld met een KEA (kosteneffectiviteitanalyse). Maar, alvorens, deze – veelal kostbare – studies succesvol te kunnen voeren is het van belang dat het *aannemelijk* is dat een interventie effectief is en dat de interventie *gereed* is voor landelijke implementatie. Wanneer het niet op zijn minst aannemelijk is dat een interventie werkzaam is, is het niet zinvol om een RCT uit te voeren. Wanneer de materialen of implementatiestructuur niet goed zijn is het onmogelijk om een zinvolle RCT uit te voeren. Teveel factoren zullen dan het effect kunnen beïnvloeden. Het wordt verstandig geacht om deze twee zaken van te voren te onderzoeken en op orde te brengen alvorens een RCT en/of KEA uit te voeren.

Er is internationaal tot nog toe weinig onderzoek gedaan naar opvoedingsondersteuning voor ouders met tieners die probleemgedrag vertonen. Ook naar Basiszorg Triple P voor tieners is internationaal nog geen onderzoek verricht.

Middels deze pilot hebben we de effectiviteit en de implementeerbaarheid van Basiszorg Triple P in zowel reguliere instellingen voor opvoedhulp als instellingen voor verslavingszorg bestudeerd met als doel een onderbouwd advies te kunnen geven over de voortzetting van deze interventie in Nederland en het doen van vervolgonderzoek. Allereerst is de interventie vertaald van het Engels naar het Nederlands. Vervolgens hebben we onderzocht of de interventie in een pre-postdesign effectief is en hebben we gekeken of de interventie implementeerbaar is in de Nederlandse situatie en of er aanpassingen gemaakt dienen te worden.

1.2 Projectstructuur

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

- Landelijk.
Het Trimbos-instituut was projectleider en had de taak om de tijd, kwaliteit en financiën te bewaken en het onderzoek uit te voeren. Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) was betrokken bij de trainingen en de intervisie. Deze twee instituten kwamen maandelijks bijeen om de voortgang te bespreken.
- Lokale coördinatoren.
In totaal 12 instellingen namen deel aan dit project (zie ook tabel 2). Afgevaardigden van iedere instelling namen deel aan een coördinatorenoverleg en kwamen 2 keer per jaar bij elkaar om de voortgang te bespreken.
- Beroepskrachten.
De beroepskrachten werden aangestuurd en geïnformeerd door de coördinatoren en kwamen soms ook landelijk bijeen voor informatiebijeenkomsten. De beroepskrachten waren verantwoordelijke voor de instroom van ouders en de uitvoer van de cursus.

- Internationaal.
Aangezien 'Triple P International (TPI)' in Australië eigenaar van het programma is, vond samenwerking met hen plaats.

1.3 Uitvoering pilot

1.3.1 Voorbereidende fase

Vertaling materialen

In 2009 zijn binnen het project Alcohol en Opvoeding de benodigde materialen van de interventie naar het Nederlands vertaald (met aanvullend alcoholaanbod) en zijn beroepskrachten getraind. In 2010-2011 is de pilot uitgevoerd onder de deelnemende ouders. Het gaat hier om:

- Draaiboek Adviesgesprek voor "Basiszorg Triple P tieners (niveau 3)"
- Folder Positief Opvoeden voor ouders van tieners
- Een 12-tal informatiebladen (tipsheets), namelijk:
 1. Seksueel gedrag en Verkering
 2. Eetgewoontes
 3. Kunnen omgaan met depressiviteit
 4. Spijbelen
 5. Rages en modetrends
 6. Geld en werk
 7. Kunnen omgaan met angst
 8. Grofheid en onbeleefdheid
 9. Vrienden en relaties met leeftijdgenoten
 10. Alcohol drinken (in revisie)
 11. Drugsgebruik
 12. Roken
- Handleiding voor beroepskrachten

Trainingen & accreditatie van beroepskrachten

In juni en oktober 2009 hebben twee trainingen voor beroepskrachten plaats gevonden. In totaal zijn 34 beroepskrachten getraind, verdeeld over 12 instellingen. De trainingen zijn gehouden door twee Nederlandse trainers, die hiervoor gecertificeerd zijn. Enkele maanden na de trainingen vond de accreditatie plaats. Tijdens de accreditatie moesten de beroepskrachten de benodigde competenties voor het geven van de oudercursus laten zien.

Voor beroepskrachten die niet werkzaam zijn in de verslavingszorg is een training van een halve dag *Opvoeding en middelengebruik* gegeven door een deskundige van het Trimbos-instituut op dit terrein.

1.3.2 Uitvoerende fase

Na de training startten de beroepskrachten direct met de uitvoering van de interventie. Zoals te verwachten hadden de instellingen enige tijd nodig om de interventie eigen te maken en enkele knelpunten met de werving van ouders aan te pakken. Omdat de instroom van respondenten in eerste instantie traag verliep, is de instroom van ouders verlengd met 3 maanden. In totaal hebben de beroepskrachten 15 maanden Basiszorg Triple P gedurende deze pilotfase uitgevoerd. Maandelijks werd de coördinatoren en beroepskrachten een overzicht opgestuurd met daarin het aantal geworven ouders en het beoogde aantal. Het doel hiervan was om inzicht te geven en ook de vooraf gestelde afspraken te benadrukken.

1.4 Hypotheses en vraagstelling

Bij aanvang hebben we drie hypothesen geformuleerd:

I. Basiszorg Triple P voor ouders van tieners met milde ontwikkeling- of gedragsproblemen heeft een positief effect op het probleemgedrag van de tiener en de opvoedvaardigheden van ouder.

II. Na afloop van Basiszorg Triple P is het middelengebruik van de tiener verminderd, de kennis van ouders over het middelengebruik van hun tiener verbeterd, de communicatie over alcoholgebruik van de tiener verbeterd en zijn de ouders beter in staat om regels te stellen ten aanzien van middelengebruik.

III. Basiszorg Triple P is geschikt voor landelijke implementatie

Deze hypothesen resulteerden in de volgende vraagstellingen:

Ad I.

- 1) Verbeterd het probleemgedrag van de tiener?
- 2) Verbeteren de opvoedvaardigheden en competenties van de ouders?
- 3) Zijn er groepen ouders te onderscheiden die vooral baat hebben gehad of juist minder baat hebben gehad van de interventie?

Ad II.

- 4) Is de kennis over het middelengebruik van hun kind (roken, alcohol en drugs) verbeterd bij ouders?
- 5) Is het middelengebruik bij de tiener afgenomen?
- 6) Verbeterd de communicatie over het alcoholgebruik van de tiener tussen ouder en kind?
- 7) Stellen de ouders meer grenzen aan het gebruik van alcohol, roken en drugs van hun tiener?

Ad III.

Wat zijn de bevorderende en belemmerende factoren ten aanzien van de implementatie van Basiszorg Triple P voor tieners?

1.5 Werving van ouders

Ouders zijn geworven via de beroepskrachten van de deelnemende instellingen.

Wanneer ouders met een opvoedvraag bij de betreffende instelling terecht kwamen en zij volgens de beroepskrachten in aanmerking kwamen voor Basiszorg Triple P middels een intakegesprek, werd gevraagd of zij aan het onderzoek wilden deelnemen.

Een toestemmingsformulier voor deelname aan het onderzoek werd door de ouders ondertekend en opgestuurd naar de onderzoekers. De beroepskrachten deelden zelf de vragenlijsten voorafgaand en na afloop van de interventie uit aan de ouders.

Omdat de werving van ouders in het begin moeizaam op gang kwam, zijn er enkele activiteiten verricht om het benodigde aantal voor het onderzoek te behalen, zoals: verlenging van de wervingsperiode van 3 maanden, het maken van een folder met informatie voor ouders, meer voorlichting binnen de instellingen.

1.6 Uitkomstmaten

1.6.1 Effectmeting

De ouder vulde bij de voormeting een vragenlijstpakket in, welke bestond uit vier vragenlijsten. Twee van deze vragenlijsten gingen over het probleemgedrag van de tiener en twee over het opvoedgedrag van de ouder. Bij de nameting werden deze vragenlijst weer ingevuld, aangevuld met een cliënttevredenheidsvragenlijst. De vragenlijsten die de ouder diende in te vullen zijn de volgende:

Probleemgedrag van de tieners

SDQ - Vragenlijst Sterke kanten Moeilijke kanten (Goodman, 1999).
25 items met subschalen voor emotionele problemen, externaliserend gedrag, hyperactiviteit, relaties met leeftijdsgenoten en pro sociaal gedrag. Daarnaast een vijftal vragen over de intensiteit van de problemen.

Opvoedingsvaardigheden van de ouders in termen van opvoedingsstijlen en competenties

a) *Vragenlijst Opvoedingsstijl tieners*, verkorte versie (PS, Parenting Scale Arnold, 1993) met 12 items over hoe ouders omgaan met probleemgedrag van het kind middels subschalen toegeeflijkheid en overreageren.

b) *Vragenlijst Opvoedingscompetentie* (PSOC, Parenting Sense of Competence, Gibaud-Wallston & Wandersman, 1978). Deze vragenlijst bestaat uit 7 items over de gevoelens van ouders over eigen effectiviteit in de opvoeding en 9 items over de gevoelens van ouders over tevredenheid met betrekking tot de opvoeding.

Middelengebruik jongeren, grenzen en kennis van ouders

Voor het meten van middelengebruik bij tieners is gebruik gemaakt van vragen van andere onderzoeken: vragen over middelengebruik (Verdurmen et al., 2008); vragen over kennis van ouders over middelengebruik (Currie et al., 2008; Monshouwer, 2008); vragen over eigen effectiviteit van de opvoeding (Verdurmen et al, 2008); vragen over de kwaliteit van communicatie over alcoholgebruik van de jongeren (Harakeh et al, 2005).

In dit onderzoek zijn vervolgens schalen gemaakt over Middelengebruik, Kennis over middelengebruik kind, Drugsgebruik, Eigen effectiviteit ouder bij alcoholgebruik, Kwaliteit van communicatie over alcoholgebruik en Eigen effectiviteit ouder roken en Eigen effectiviteit ouder drugsgebruik. Daarnaast zijn de vragen waarover geen effecten konden worden berekend, apart bekeken, zoals de vraag: "Heeft u met uw kind een afspraak dat hij/zij tot een bepaalde leeftijd geen alcohol zal drinken?"

- Schaal *Middelengebruik* bestaat uit de volgende vragen:

- a) Hoe vaak drinkt uw kind alcohol?
- b) Heeft uw kind wel eens gerookt?
- c) Heeft u kind wel eens drugs gebruikt?

Schaal *Kennis over middelengebruik kind* bestaat uit de volgende vragen:

- a) Hoeveel weet u over hoeveel alcohol uw kind drinkt?
- b) Hoeveel weet u over hoeveel uw kind rookt?
- c) Hoeveel weet u over hoeveel hasj/wiet uw kind gebruikt?

- Schaal *Eigen effectiviteit ouder alcohol* bestaat uit de volgende vragen:

- a) Als uw maatregelen neemt of zou nemen om ervoor te zorgen dat uw kind niet teveel zal drinken hebben die dan zin?
- b) Denkt u dat uw kind de suggesties van u om niet teveel te drinken over zal nemen?
- c) Denkt u dat uw kin ervan kunt weerhouden als hij/zij eens een keer dronken wil worden?

- Schaal *Kwaliteit van communicatie over alcohol* bestaat uit de volgende vragen:

- a) Mijn kind en ik zijn geïnteresseerd in elkaars mening over het drinken van alcohol.
- b) Mijn kind en ik kunnen gemakkelijk praten over onze opvattingen over drinken.
- c) Als mijn kind en ik met elkaar praten over drinken dan voelen we ons o ons gemak.
- d) Als mijn kind en ik praten over drinken dan vindt hij/zij mij oneerlijk en onredelijk.
- e) Als mijn kind en ik praten over drinken dan voelt hij/zij zich begrepen.
- f) Als mijn kind en ik met elkaar praten over drinken dan wordt hij/zij serieus genomen door mij.

Schaal *Eigen effectiviteit ouder bij roken* bestaat uit de volgende vragen:

- a) Als uw maatregelen neemt of zou nemen om ervoor te zorgen dat uw kind niet teveel zal roken hebben die dan zin?
- b) Denkt u dat uw kind de suggesties van u om niet teveel te roken over zal nemen?
- c) Denkt u dat uw kind ervan kunt weerhouden als hij/zij eens een keer een sigaret wil roken?

Schaal *Eigen effectiviteit ouder bij drugs* bestaat uit de volgende vragen:

- a) Als uw maatregelen neemt of zou nemen om ervoor te zorgen dat uw kind geen wiet of hasj gaat gebruiken, hebben die dan zin?
- b) Denkt u dat uw kind de suggesties van u om geen wiet of hasj te gebruiken over zal nemen?
- c) Denkt u dat uw kind ervan kunt weerhouden als hij/zij eens een keer wiet of hasj wil proberen?

1.6.2 Implementatiestudie

Om te onderzoeken of de interventie goed implementeerbaar is en past binnen de werkzaamheden van de beroepskrachten hebben de beroepskrachten en de projectleiders een vragenlijst ingevuld over de bevorderende en belemmerende factoren bij uitvoering. Deze vragenlijst is tijdens de proefimplementatie van Triple P ontwikkeld in 2005 (De Graaf & Bohlmeijer 2006), gebaseerd op kennis over implementeren.

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

- 1) Kenmerken van de interventie: 24 vragen over de interventie. Voorbeeldvraag: 'De visie achter Triple P past goed bij mijn professionele ideeën over opvoedingsondersteuning'.
- 2) Kenmerken van de organisatie: 18 vragen over de ondersteuning vanuit de organisatie waarvoor de professional werkt. Voorbeeldvraag: 'Ik voel mij gesteund door mijn leidinggevende in het uitvoeren van Basiszorg Triple P'.
- 3) Persoonlijke kenmerken: 10 vragen over de persoonlijke kenmerken van de professional in relatie tot de interventie. Voorbeeldvraag: 'Ik kan aan anderen, die Basiszorg Triple P niet kennen, niet zo goed uitleggen wat Basiszorg Triple P precies inhoudt'.

Daarnaast hebben we ook vragen gesteld over:

- 4) Middelengebruik.
- 5) Ervaringen met de intervisiebijeenkomsten die vanuit het Nederlands Jeugdinstituut worden aangeboden. Dit is geen verplicht onderdeel vanuit de methodiek, maar wordt wel sterk aanbevolen om de programma-integriteit van de interventie te waarborgen.
- 6) Werving van ouders van tieners. Omdat ouders van tieners vaak moeilijk te bereiken zijn, is hier gedurende de pilot extra aandacht aan besteed.
- 7) Criteria voor deelname van ouders aan Basiszorg Triple P. Vanuit de methodiek van Triple P worden enkele algemene criteria gesteld voor deelname van ouders aan de interventie. Maar vooral wordt het aan de beroepskrachten zelf overgelaten welke ouders voor Basiszorg Triple P in aanmerking komen.

1.7 Steekproef

Verwacht wordt dat de primaire uitkomstmaat, namelijk het probleemgedrag van de kinderen uit de gezinnen die hebben deelgenomen aan het Basiszorg Triple P programma verbetert. Vanwege deze unidirectionele hypothese kan worden volstaan met een 1-zijdige toets. Om een gestandaardiseerde effectgrootte van 0.32 aan te kunnen tonen (ondergrens van middelgroot effect; Lipsey, 1993) met een 1-zijdige toets, een conventionele toetsdrempel van $\alpha = 0.05$ en een statistische power (1-beta) van 0.80 zijn 121 gezinnen nodig op voor- en nameting. Rekening houdend met een uitval van 30% zijn 158 gezinnen nodig op de voormeting. Bij 35 beroepskrachten betekent dit ongeveer 5 gezinnen per professional gedurende 1 jaar.

1.8 Missende data

Missende data is middels multiple regressie imputatie (SPSS versie 19) geïmputeerd. Antwoorden van ouders die geen of slechts delen van nameting hebben ingevuld zijn daarmee zorgvuldig geschat op basis van onder andere de gegevens op de voormeting en vergelijkbare ouders die wel een nameting hebben ingevuld.

1.9 Analyses

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

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

Ten derde zijn, om te toetsen of bepaalde groepen ouders meer of minder baat hebben gehad bij de cursus, Manova toetsen uitgevoerd, enkele voorspellers in het model werden gezet. Deze voorspellers zijn: klinische resultaten op de voormeting van de SDQ en Vragenlijst Opvoedingsstijl, opleiding, aanwezigheid 3 of 4 bijeenkomsten, geslacht kind en culturele afkomst respondent.

Tenslotte zijn van de overige vragen van de vragenlijst waarover geen effecten konden worden berekend, frequenties berekend.

2 Resultaten effectstudie

2.1 Onderzoekspopulatie

2.1.1 Respondenten

In totaal hebben 147 ouders de voormeting (T0) ingevuld en 112 (76%) ouders de nameting (T1).

Omdat we uitgaan van het 'Intention to treat' principe zijn de analyses uitgevoerd over alle 147 ouders. Dat betekent dat ook ouders die wel een voormeting hebben ingevuld maar geen nameting hebben ingevuld of bepaalde onderdelen van vragenlijsten niet hebben ingevuld, zijn meegenomen in de analyses. Op deze wijze wordt geanalyseerd wat de behandeling in de praktijk waard is. Ouders die uitvallen bij een onderzoek zijn vaak ouders bij wie de opvoeding relatief goed gaat of het juist relatief slecht gaat. Wanneer deze ouders niet in de analyse betrokken worden kan vertekening ontstaan. De resultaten zijn dus een weergave van het effect van de interventie zoals deze in de praktijk wordt uitgevoerd (met uitzondering dus van de ouders die geen T0 hebben ingevuld).

Deelname

De beroepskrachten hebben bij 107 ouders aangegeven aan hoeveel sessies de ouders hebben deelgenomen. 71% (n=76) van de ouders heeft de 4 bijeenkomsten gevolgd. 11% (n=12) 3 bijeenkomsten, 9% (n=10) 2 bijeenkomsten en 8% (n=9) 1 bijeenkomst basiszorg Triple P voor ouders van tieners.

2.1.2 Demografische gegevens

Bijna 63% van de deelnemers komt uit een twee ouder gezin. Het merendeel (85%) van de deelnemers is de moeder van de tiener en van autochtone afkomst (91%). In 54% van de gevallen werd hulp gezocht voor een zoon. De gemiddelde leeftijd van de tieners is 14 jaar.

Tabel 2: Demografische gegevens

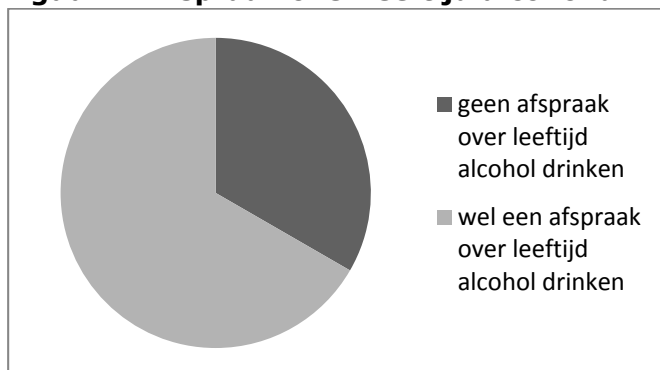
ouders/verzorgers	N=145
laag opgeleid	67,5% (n=77)*
moeder	84,8% (n=123)
autochtone afkomst	91,4% (n=127)
Kinderen	N=145
Gemiddelde leeftijd	14,18 jaar (SD= 1.85) range 9 - 19
Jongens	54,0% (n= 79)
Gezinssituatie	
Twee ouder gezin	62,9% (n=88)
Een ouder gezin	20,7% (n=29)
Stiefgezin	15,7% (n=22)

* deze vraag is door 114 van de 147 ouders ingevuld.

2.1.3 Middelengebruik

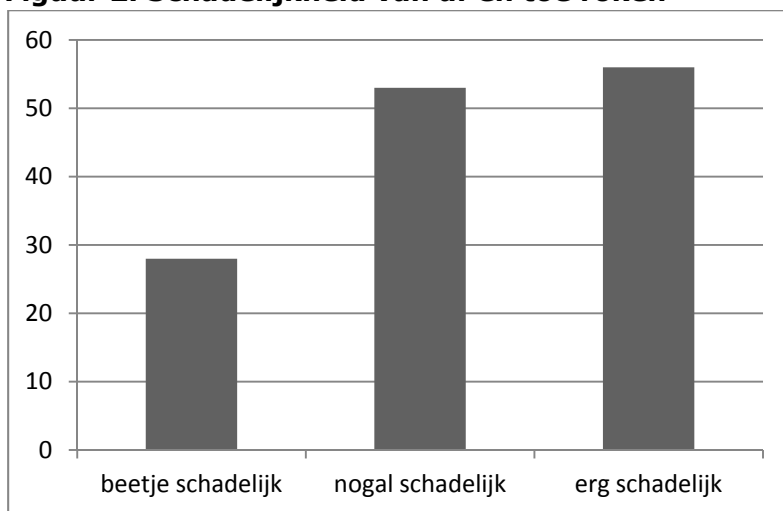
Van een aantal vragen kon geen effect gemeten worden, maar worden enkele relevante gegevens van de voormeting gepresenteerd.

Figuur 1. Afspraak over leeftijd alcohol drinken



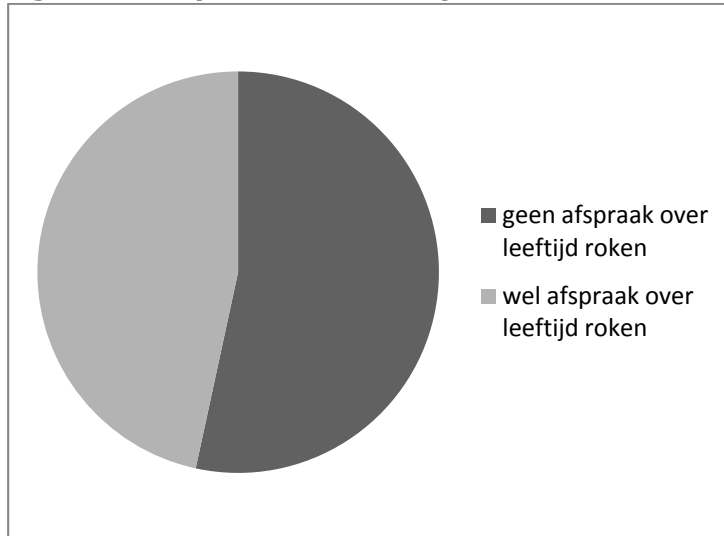
Op de vraag *Heeft u met uw kind een afspraak om tot een bepaalde leeftijd niet te drinken?* antwoordt 66.6% dat ze dat inderdaad hebben en 33.3% dat ze dat niet hebben. De gemiddelde leeftijd is 16 jaar (n=61), daarvan geeft 6,5% (n=4) aan de leeftijd onder de 16 jaar daarvoor aan te houden.

Figuur 2. Schadelijkheid van af en toe roken



In figuur 2 kunt u zien wat ouders hebben geantwoord op de vraag *Hoe schadelijk (lichamelijk of anders) denkt u dat het voor een jongere (jonger dan 16 jaar) is om af en toe sigaretten te roken?* 41% gaf aan dit erg schadelijk te vinden, 39% nogal en 20% vond dit een beetje schadelijk.

Figuur 3. Afspraak over leeftijd van roken



In figuur 3 kunt u zien dat 53% van de ouders geen afspraak over een bepaalde leeftijd voor roken heeft en 47% heeft dit wel. De gemiddelde leeftijd hiervoor is 17 jaar.

2.2 Resultaten

2.2.1 Effecten

In onderstaande tabel staan de resultaten vermeld op de verschillende uitkomstmaten. Onderzocht is of de gemiddelde score op de nameting significant verschilt van de gemiddelde score op de voormeting en wat de grootte van dat effect is. In hoeverre de resultaten relevant zijn kan worden afgelezen aan de effectgrootte, welke varieert van klein (≤ 0.32), medium (≥ 0.33 ; ≤ 0.55) tot groot (≥ 0.56) (Lipsey, 1993). Deze zijn alleen gepresenteerd als er sprake was van een significant effect.

Tabel 3. Effecten

	ALPA	T0 M (SD)	T1 M (SD)	T-WAARDE	SIGNI- FICANT P	EFFECT- GROOTTE D
SDQ						
Emotionele Problemen	($\alpha=.72$)	3.45 (2.48)	2.96	2.369	0.018	.20
Gedragsproblemen	($\alpha=.62$)	3.55 (2.09)	3.01	3.119	0.002	.25
Hyperactiviteit	($\alpha=.76$)	4.57 (2.27)	4.72	-0.648	0.518	-
Omgang met leeftijdsgenoten	($\alpha=.60$)	1.89 (1.83)	2.02	-0.707	0.482	-
Pro sociaal gedrag	($\alpha=.68$)	6.43 (2.09)	6.74	-1.631	0.105	-
<i>Totaalscore SDQ</i>	($\alpha=.80$)	13.46 (5.99)	12.71	1.568	0.117	-
Impact		12.66 (3.90)	11.52			
Opvoedingsstijl						
Toegeeflijkheid	($\alpha=.75$)	2.99 (0.99)	2.65	4.214	0.000	.34
Overreageren	($\alpha=.78$)	3.58 (1.10)	3.05	5.500	0.000	.48
<i>Totaal PS</i>	($\alpha=.82$)	3.28(0.89)	2.85	5.747	0.000	.48

PSOC						
Tevredenheid	($\alpha=.71$)	25.41 (6.74)	23.69		0.004	.25
Zelfeffectiviteit	($\alpha=.53$)	25.90 (4.45)	27.23	-3/320	0.001	.30
Totaal-	($\alpha=.67$)	51.31 (6.79)	50.92	2.875	0.536	-
Middelengebruik	($\alpha=.74$)	1.71 (0.56)	1.58	3.960	0.000	.23
Kennis over middelengebruik kind	($\alpha=.87$)	3.99 (1.41)	3.89	0.602	0.547	
Kwaliteit van communicatie over alcohol	($\alpha=.75$)	3.07 (0.83)	3.16	-1.321	0.188	-
Eigen effectiviteit opvoeding bij alcohol	($\alpha=.70$)	3.27 (0.71)	3.55	-5.043	0.000	.38
Eigen effectiviteit opvoeding bij roken	($\alpha=.85$)	2.70 (1.03)	2.91	-2.681	0.008	.20
Eigen effectiviteit opvoeding bij drugs	($\alpha=.87$)	3.15 (1.00)	3.20	-0.580	0.562	-

Een significante afname is te zien van de gedrags- en emotionele problemen van de tieners. De effecten, resp $d=.20$ en $d=.25$ zijn echter wel klein. Op de overige schalen van de SDQ namen de problemen wel af, maar was het effect niet significant. De opvoedingsstijlen 'toegeeflijke opvoedingsstijl' en 'overreageren' verbeterden significant, als ook de totaalscore op opvoedingsstijlen. Daarbij zijn middelgrote effecten gevonden. De tevredenheid van de ouders over de eigen opvoeding en het gevoel van effectiviteit van de opvoeding nam significant toe.

De frequentie van middelengebruik, dat het gebruik van alcohol, roken en drugs inhoudt, neemt significant af, met een kleine effectgrootte. Ook is er een significante toename te zien van het aantal ouders dat na afloop van de interventie kwalitatief beter met hun tiener praat over alcohol, met een middelgroot effect. Tenslotte is een significante toename te zien van het effect dat ouders denken te hebben over hun eigen effectiviteit van de opvoeding ter voorkoming van het rookgedrag van hun tiener, met een klein effect.

2.2.2 Klinische effecten

Voor de vragenlijsten SDQ, Vragenlijst Opvoedingsstijl en Vragenlijst Opvoedingscompetentie is vastgesteld of ouders binnen het klinische gebied scoren. Wanneer de score boven een bepaalde waarde uitkomt wordt deze score, afhankelijk van de vragenlijst, als klinisch beoordeeld. Gekeken is of het percentage ouders met een klinische score op de nameting lager is dan op de voormeting.

Tabel 4: klinische effecten

	Afkappunt	Voormeting	Nameting	Significant p
SDQ				
Emotionele problemen	5 ≥	31%	21%	p= 0.000
Gedragsproblemen	4 ≥	49%	36%	p= 0.004
Hyperactiviteit	7 ≥	26%	23%	n.s.
Problemen met leeftijdgenoten	4 ≥	20%	16%	n.s.
Totale score	17 ≥	45%	19%	p= 0.003
Pro-sociaal gedrag	≤ 4	19%	13%	p= 0.000
Opvoedingsstijl				
Toegeeflijkheid	2.8 ≥	56%	37%	n.s.
Over-reactief	3.0 ≥	72%	53%	p= 0.000
Totale score	3.1 ≥	53%	32%	p= 0.000
Opvoedingscompetenties*				
Tevredenheid	40 ≥	1.4%	1.4%	n.s.
Zelfeffectiviteit	26 ≥	51%	64%	p= 0.01
Totaal	64 ≥	4.1%	1.4%	n.s.

* hier is het percentage dat boven het gemiddelde ligt, berekend, omdat afkappunten niet bekend zijn.

De klinische emotionele- en gedragsproblemen nemen significant af door het volgen van Basiszorg Triple P. Ook zien we het pro-sociale gedrag van de jongeren toenemen. Op de totale probleemscore zien we ook een klinisch relevante afname. Wat betreft de dysfunctionele opvoedingsstijlen zien we een significante afname van het overreageren van de ouders en ook de totaalscore neemt af. Bij de vragenlijst opvoedingscompetentie zien we een significante verbetering van de zelfeffectiviteit over de opvoeding bij de ouders.

Hoewel het percentage klinische problemen zowel bij ouder en kind significant afnemen, zien we dat bij een aantal respondenten de klinische problemen nog steeds aanwezig zijn. Zo zien we dat na afloop bij 36% van de jongeren nog steeds klinische gedragsproblemen aanwezig zijn.

2.2.3 Effectiviteit naar kenmerken

Het is van belang om te onderzoeken welke ouders en jongeren het meest of juist het minst baat hebben bij de interventie gedurende de pilot. Het heeft namelijk geen zin om iemand Basiszorg Triple P te bieden als die er toch minder baat bij heeft, Bijvoorbeeld omdat de problematiek onvoldoende aansluit bij het aanbod, deelname een bepaald opleidingsniveau vraagt of omdat de hulp in de praktijk met name geschikt lijkt voor jongens of juist voor meisjes. In deze paragraaf zullen we derhalve ingaan op de deelvraag:

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

We maakten een keuze uit variabelen waarvan we verwachtten dat dit mogelijk een verschil zou kunnen maken in de resultaten. Zo is het belangrijk om te onderzoeken of de problematiek goed aansluit bij het aanbod. Daarom hebben we geanalyseerd of de klinische en niet-klinische resultaten op de voormeting van de SDQ en Vragenlijst

Opvoedingsstijl verschil in resultaten opleverden. Verder is het belangrijk te onderzoeken of hoog of laag opgeleiden, of jongens of meisjes en culturele afkomst ertoe doen.

Bij de volgende variabelen hebben we geanalyseerd of er tussen deze twee groepen verschillen waren te zien in de effectgrootte (d) op de SDQ en de Vragenlijst Opvoedingsstijl (PS).

Tabel 5: Variabelen voor doelgroepanalyse SDQ en PS

NAAM VARIABELE	GROEPEN
SDQ totaal score	Klinisch op de voormeting vs. niet klinisch op de voormeting
PS totaal score	Klinisch op de voormeting vs. niet klinisch op de voormeting
Opleiding	Geen/ lage opleiding vs. Gemiddelde opleiding vs. Hoge opleiding
Geslacht kind	Jongens vs. meisjes
Allochtone afkomst	Allochtone afkomst vs. autochtone afkomst van de respondent

Resultaten

Op basis van deze analyses kunnen we niet concluderen dat de variabelen 'opleiding', 'geslacht van het kind' en 'allochtone afkomst van het de respondent' van invloed zijn op de grootte van het effect op zowel de SDQ als de Vragenlijst Opvoedingsstijl. We vinden dus geen bepaalde kenmerken bij de respondenten die meer of juist minder effect resulteren. Dat betekent dat Basiszorg Triple P geschikt is voor alle doelgroepen.

Wel zagen we dat de klinische scores op de voormeting van de SDQ (totale score) gerelateerd is aan de grootte van het effect op de nameting van de SDQ. Wanneer het probleemgedrag van de tiener vooraf in het klinische gebied viel, was de afname van het probleemgedrag na afloop groter dan wanneer het niet vooraf klinisch was.

Ook vonden we dat de klinische score op de voormeting van de SDQ gerelateerd is aan de grootte van het effect op de nameting van de Vragenlijst Opvoedingsstijl. Wanneer het probleemgedrag van de tiener vooraf in het klinische gebied viel, was de verbetering van de opvoedingsstijlen van de ouders groter dan wanneer het niet vooraf klinisch was. Zie hiervoor tabel 6.

Tabel 6: SDQ op de voormeting (klinisch- niet klinisch) en effectgroottes op SDQ en Opvoedingsstijl (PS)

	SDQ VOORMETING	OP	N	EFFECT D	F (DF)	P
SDQ	Klinisch		66	.63	44.66 (1)	0.000
	Niet klinisch		80	.29		
Opvoedingsstijl	Klinisch		78	.27	8.45, (1)	0.004
	Niet klinisch		69	.04		

Tevens vonden we dat wanneer de ouders op de voormeting van de Vragenlijst Opvoedingsstijl in het klinische gebied scoorden, grotere effecten op deze opvoedingsstijl hadden. De opvoedingsstijl van deze ouders verbeterde meer dan van de ouders die vooraf niet klinisch scoorden. Zie tabel 7.

Tabel 7: Opvoedingsstijl op de voormeting (klinisch- niet klinisch) en effectgroottes op Opvoedingsstijl

	OPVOEDINGSSTIJL OP VOORMETING	N	EFFECT D	F (DF)	P
Opvoedingsstijl	Klinisch	78	.92	37.89 (1)	0.000
	Niet klinisch	69	.011		

Het verschil tussen twee groepen (niet klinisch en klinisch) kan veroorzaakt worden door het feit dat de te behalen winst groter is wanneer een tiener of ouder binnen het klinische gebied scoort op de voormeting. Indien een tiener op een bepaalde maat al redelijk scoort, zal de vooruitgang waarschijnlijk ook minder zijn. Echter de conclusie kan niet worden getrokken dat de cursus voor ouders van tieners met een SDQ score buiten het klinische gebied niet werkzaam is. Basiszorg Triple P is bedoeld voor lichtere problematiek. Deze uitkomsten roepen wel de vraag op of deze relatief lichte interventie ook geschikt is voor ouders die zwaardere problemen ervaren. Daarom hebben we gekeken naar het aantal respondenten bij wie het probleemgedrag van de tiener als ook de dysfunctionele opvoedingsstijlen in het klinisch gebied vielen.

In deze pilot scoren 43 respondenten (van de 147) op de voormeting zowel een klinische score op het probleemgedrag van de tiener (SDQ totaal) en tegelijkertijd een klinische score op de opvoedingsstijlen (PS). We zien hierbij ook grote effecten, zie tabel 8.

Hiermee is aangetoond dat in deze pilot ouders met klinische problemen op beide gebieden veel baat hadden bij Basiszorg Triple P. Vaak komen deze ouders bij de geïndiceerde jeugdzorg terecht, die vaak intensiever en duurder is dan de preventieve hulp zoals Basiszorg Triple P.

Tabel 8: Effectgrootte op SDQ en Vragenlijst Opvoedingsstijl (PS) indien respondenten op voormeting klinisch scoren op beiden schalen

	SDQ	OPVOEDINGSS TIJL
Ouders	43	43
Effectgrootte d	.68	.90

2.2.4 Waardering ouders

Ouders is ook een klanttevredenheidsvragenlijst (CSQ- Client Satisfaction Questionnaire, zie Sanders 2005) voorgelegd. In deze paragraaf worden de belangrijkste bevindingen gepresenteerd.

De lijst is ingevuld door 112 ouders. Dat zijn alle ouders die een nameting hadden ingevuld. De vragenlijst bestond uit 13 vragen met een zevenpuntsschaal.

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

Tabel 9. Cliëntwaardering

VRAAG	GEMIDDELDE SCORE (1-7)	PERCENTAGE LAGER DAN 4
1. Hoe waardeert u de kwaliteit van de hulp die u en uw kind ontvangen hebben?	5.82	5.4%
2. Kreeg u de hulp die u nodig had op dat moment?	5.99	6.3%
3. In welke mate kwam de Triple aanpak tegemoet aan de behoeften van uw kind?	5.13	30.4%
4. In welke mate kwam de Triple P aanpak tegemoet aan uw eigen behoeften?	5.53	18.8%
5. Hoe tevreden bent u met de hoeveelheid hulp voor uw en uw kind?	5.63	9.8%
6. Heeft de Triple P aanpak ertoe bijgedragen dat u beter kunt omgaan met het gedrag van uw kind?	5.80	7.1%
7. Heeft de Triple P aanpak ertoe bijgedragen dat u beter kunt omgaan met de problemen die zich in uw gezin voordoen?	5.77	8.9%
8. Denkt u dat de relatie met uw partner door de Triple P aanpak is verbeterd?	4.58	33.9%
9. Over het algemeen genomen, hoe tevreden bent u met de hulp die u en uw kind hebben ontvangen?	5.67	8.9%
10. Als u opnieuw hulp nodig heeft, zou u dan weer gebruik willen maken van Triple P?	5.51	17.0%
11. Heeft de Triple P aanpak u geholpen om vaardigheden te ontwikkelen die u ook kunt toepassen bij andere gezinsleden?	5.44	9.8%
12. Hoe beoordeelt u op dit moment het gedrag van uw kind?	5.42	17.0%
13. Wat zijn op dit moment uw gevoelens over de vorderingen van uw kind?	5.29	17.0%

De gemiddelde score ligt rond de 5 of hoger is, wat betekent dat de ouders de vragen over het algemeen redelijk positief hebben ingevuld. Toch valt op dat er ook een aantal ouders zijn die minder positief scoren. Dit is belangrijk om te bespreken, omdat we de hulp zo optimaal mogelijk willen aansluiten bij de behoeften van de ouders en hun kinderen. We beoordelen een score van 5 of hoger als neutraal tot positief. Een score van 4 of lager beoordelen we als redelijk tot negatief. Op de vraag in welke mate Triple P tegemoet kwam aan de behoeften van uw kind, is in 30.4% (n=34 ouders) redelijk tot negatief gescoord. Een verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat de hulp vooral gericht is op de ouders en de tieners niet bij de hulpverleningsgesprekken aanwezig zijn. Zodoende kan het voor de ouders moeilijker zijn om in te schatten of aan de behoeften van hun tiener is voldaan.

2.3 Conclusie

Probleemgedrag tiener en opvoedvaardigheden ouders

De resultaten laten zien dat er een significante afname is van (klinische) emotionele- en gedragsproblemen van de tieners, maar niet van de andere probleemgebieden op de SDQ, namelijk hyperactiviteit, omgang met leeftijdgenoten, pro sociaal gedrag. Ook is een verbetering te zien van de opvoedingsstijlen toegeeflijkheid en overreageren. Tevens neemt de tevredenheid en eigen effectiviteit over de eigen opvoeding toe.

We zagen geen verschillen in effecten wat betreft geslacht kind, opleiding ouder, culturele afkomst. Dat betekent dat Basiszorg Triple P bij diverse groepen ouders kan worden ingezet.

Ouders die voorafgaand aan de interventie het probleemgedrag van hun tiener in het klinisch gebied scoorden (SDQ), rapporteerden na afloop van de interventie een grotere afname van dit probleemgedrag en een grotere toename van de eigen opvoedingsstijlen, dan ouders die voorafgaand aan de interventie niet klinisch scoorden. Ouders die voorafgaand aan de interventie de eigen opvoedingsstijl in het klinisch gebied scoorden, rapporteerden een grotere vooruitgang in deze opvoedingsstijlen, dan ouders die vooraf niet in het klinische gebied scoorden. Dus ouders die vooraf aangaven meer problemen te hebben, verbeterde de situatie meer dan bij ouders die dat vooraf niet aangaven.

Ouders die op de voormeting op de SDQ en op de Vragenlijst Opvoedingsstijl een klinische score hadden, hadden veel baat bij de interventie, namelijk 23% van de ouders met klinische problematiek zijn met Basiszorg Triple P geholpen werden. Dit geeft aan dat intensieve hulp voor een deel van ouders van tieners met ernstige problemen die vaak intensievere hulp ontvangen, ook met dit preventieve aanbod geholpen kunnen zijn.

Middelengebruik

De resultaten laten zien dat er een significante afname is van het middelengebruik van de jongeren (alcohol, roken en drugs), dat de kwaliteit van de communicatie tussen ouders en hun kinderen over alcoholgebruik significant is verbeterd en ouders meer het gevoel hebben dat het stellen van regels ten aanzien van het roken van hun tiener zin heeft. Bij de overige schalen (Eigen effectiviteit opvoeding bij alcoholgebruik, Kennis over middelengebruik van hun kind en Eigen effectiviteit opvoeding bij druggebruik), zien we wel positieve veranderingen, echter niet significant.

4. Resultaten implementatiestudie

4.1. Beroepskrachten, projectleiders en instellingen

In totaal zijn er tijdens de trainingen 34 beroepskrachten opgeleid werkzaam bij 12 verschillende instellingen: Bizzi, Jongerenwerk gemeente Schijndel, GGD Gooi- en Vechtstreek, GGD Hollands Midden regio ZHN, GGD Zeeland, Kansweb, MEE Oost Gelderland, GGD Den Haag, Tactus Verslavingszorg, Centrum Maliebaan, Halt Twente, Mondriaan Verslavingspreventie. Zie de gegevens hierover in tabel 10.

Tabel 10. Getrainde beroepskrachten per instelling

INSTELLING	AANTAL GETRAINDE BEROEPSKRACHTEN
GGD Zeeland	6
GGD Schijndel	4
Combiwel	3
GGD Hollands Midden	6
GGD Gooi- en Vechtstreek	1
GGD Den Haag	2
Halt Twente	2
Versa Welzijn	1
Tactus Verslavingszorg	5
Centrum Maliebaan	2
Mondriaan Verslavingszorg	1
Jellinek Mentrum	1
<i>Totaal</i>	<i>34</i>

Van deze 34 beroepskrachten hebben 25 beroepskrachten (respons 73%) een vragenlijst ingevuld over de bevorderende en belemmerende factoren bij de implementatie van Basiszorg Triple P binnen hun instelling. Van deze 25 beroepskrachten werken 6 personen bij een instelling voor verslavingszorg en 19 personen bij een GGD, Welzijnsorganisatie of CJG. Deze laatste instellingen bieden vaak al Triple P voor ouders van 0-12 jaar aan. Voor de instellingen voor verslavingszorg was het nieuw om met de Triple P aanpak te werken.

Onder deze 25 beroepskrachten waren 3 mannen en 22 vrouwen. Gemiddeld hadden ze 4 jaar ervaring in het geven van opvoedingsondersteuning aan ouders en 3 jaar in de huidige functie, zie tabel 11.

Tabel 11. Ervaring beroepskrachten in opvoedingsondersteuning

HOE LANG GEEFT U AL OPVOEDINGSONDERSTEUNING AAN OUDERS?	FREQUENTIE	PERCENTAGE
Minder dan 1 jaar	2	8%
1 - 3 jaar	7	28%
4-6 jaar	6	24%
7 - 9 jaar	10	40%
Totaal	25	100%

Ook hebben 7 projectleiders, die leiding gaven aan de uitvoering en implementatie van Basiszorg Triple P, eenzelfde vragenlijst ingevuld. Hieronder bevonden zich 6 vrouwen en 1 man. Drie projectleiders waren meer dan 10 jaar werkzaam in hun huidige functie, 1 tussen de 7-9 jaar, 2 tussen de 4-6 jaar en 1 tussen 1-3 jaar.

4.2. Evaluatie van de implementatie

4.2.1. Kenmerken van de interventie

Duur aantal sessies

Aan de beroepskrachten is gevraagd hoe vaak ze Basiszorg Triple P hebben aangeboden en hoeveel ouders er aan het onderzoek hebben deelgenomen. Deze 25 beroepskrachten hebben in totaal 141 ouders (gemiddeld 5.6) de hulp gegeven, daarvan hebben 119 ouders (gemiddeld 4.8) deelgenomen aan het onderzoek. Het is niet duidelijk waarom de 22 ouders niet mee wilden doen aan het onderzoek.

Gevraagd is wat de eerste keer de duur van de sessies was en hoe dat was na enkele gezinnen te hebben afgerond. De gegevens zijn in tabel 12 gepresenteerd.

Tabel 12: gemiddelde duur (minuten) van sessies bij aanvang en na enkele gezinnen

	GEMIDDELDE SESSIES IN EERSTE KEER BEROEPSKRACHTEN HULP GAF	DUUR IN MINUTEN DAT DE	GEMIDDELDE SESSIES IN ENKELE GEZINNEN	DUUR IN MINUTEN NA
Sessie 1	68		60	
Sessie 2	66		61	
Sessie 3	59		53	
Sessie 4	52		47	

De gemiddelde duur is bij aanvang hoog. Zo is de duur van de eerste sessie gemiddeld 68 minuten. Ook de duur bij de overige sessies is hoog. Dat is begrijpelijk, omdat beroepskrachten de Triple P aanpak eigen moeten maken. Maar ook na enkele gezinnen blijft het gemiddelde per sessie hoger dan de bedoeling is. Oorspronkelijk is de bedoeling dat elke sessie tussen de 20 en 30 minuten duurt. Tijdens de intervisiebijeenkomst kwam dit punt ook regelmatig aan de orde. Het is vaak moeilijk om aan de vaste structuur die Basiszorg Triple P biedt, vast te houden. Het duurt ook even voordat de professional de methode eigen heeft gemaakt.

Volgens de projectleiders is Basiszorg Triple P soms moeilijk in de beschikbare tijd die de instelling voor opvoedingsondersteuning heeft in te passen. De interventie op niveau 2 zou dan misschien beter passen.

De Triple P aanpak

Van de 25 beroepskrachten die de vragenlijst hebben ingevuld, vindt 76% dat de pedagogische aanpak van Basiszorg Triple P goed en 20% gedeeltelijk goed toepasbaar is in hun werk. De visie achter Basiszorg Triple P vindt men allemaal goed (72%) of gedeeltelijk (28%) goed passen bij de eigen professionele ideeën over opvoedingsondersteuning. In totaal vindt 68% dat Basiszorg Triple P goed en 24% gedeeltelijk goed aansluit bij de behoeften van ouders.

Programma-integriteit

Een groot deel, namelijk 68%, geeft aan dat het (gedeeltelijk) moeilijk is om de interventie precies zo uit te voeren zoals het in de handleidingen staat. De meesten, namelijk 80%, maken ook inhoudelijke aanpassingen wanneer ze dat nodig vinden.

Inspanningen

De meesten (64%) geven aan dat 'ook als ze vooraf hadden geweten hoeveel inspanningen en tijd Triple P zou gaan kosten, ze waarschijnlijk toch mee hadden gedaan aan de pilot van Triple P'. Maar ook geven 9 personen (36%) dit niet te doen of weten ze het niet. Eenzelfde beeld zien we bij de vraag of de Triple P trainingen voldoende voorbereidingen gaven op de praktijk: hoewel 64% het goed of gedeeltelijk goed vonden, antwoordt ook 28% dit niet voldoende te vinden. Dit geeft aan dat het merendeel de inspanningen prima aan kan, maar dat er ook een aantal is voor wie het te veel is.

Materialen

Het merendeel, namelijk 76% van de respondenten, geeft aan de materialen voor ouders en professional gebruiksvriendelijk te vinden. Diegenen die de tipsheets en brochures 'positief opvoeden' gebruikten waren hier tevreden over. Over de DVD is men niet altijd tevreden: 60% is niet geheel tevreden over de inhoudelijke kwaliteit van de DVD. Het gemiddelde rapportcijfer dat voor de materialen word gegeven is: 7.5, waarbij 84% boven de 7 scoort en 16% (n=4) onder de 7.

Opvallend is dat over het algemeen iets meer dan de helft van de beroepskrachten aangeeft de tipsheets weinig of helemaal niet te gebruiken. Er zijn tipsheets over 12 onderwerpen (seksueel gedrag en verkering; eetgewoontes; kunnen omgaan met depressiviteit; spijbelen; rages en modetrends; geld en werk; kunnen omgaan met angst; grofheid en onbeleefdheid; vrienden en relaties met leeftijdgenoten; alcohol drinken; drugsgebruik; roken). In tabel 13 is te zien welke tipsheets het vaakst zijn gebruikt. Er is behoefte aan nieuwe tipsheet over *Gamen*.

Tabel 13: De vijf meest gebruikte tipsheets

TIPSHEETS	NIET GEBRUIKT	1 OF MEER KEER GEBRUIKT
2. Vrienden en relaties met leeftijdgenoten	20%	80%
3. Alcohol drinken	20%	80%
1. Onbeschoftheid, onbeleefdheid en gebrek aan respect	28%	72%
5. Roken	44%	56%
4. Drugsgebruik	60%	40%

Tevredenheid algemeen

Over het algemeen zijn de beroepskrachten tevreden over Basiszorg Triple P. Zo vindt het merendeel (56%) dat Basiszorg Triple P betere resultaten boekt dan andere methoden voor deze doelgroep, 8% (n=2) is het daar niet mee eens, en 36% heeft geen mening.

Het gemiddelde rapportcijfer dat professional geven is een 7.3. De cijfers varieerden tussen 5 en 9, zie tabel 14.

Tabel 14: Rapportcijfers over de interventie

RAPPORTCIJFER	AANTAL RESPONDENTEN
5	2
6	4
7	4
8	14
9	1

4.2.2. *Kenmerken van de organisatie*

Her merendeel van de beroepskrachten, namelijk 76%, geeft aan dat het besluit om met Triple P te gaan werken in overleg met leidinggevende en/of collega's is gebeurd. In 24% van de gevallen is dit een besluit van de leidinggevende alleen geweest.

Volgens 72% van de beroepskrachten past Basiszorg Triple geheel binnen hun instellingsbeleid en volgens 16% gedeeltelijk. Ook geeft het merendeel aan (64%) dat opvoedingsondersteuning een belangrijke taak binnen de instelling is, 32% is het hier een beetje mee eens en 1 persoon niet.

De meesten voelen zich geheel of gedeeltelijk gesteund door hun leidinggevende (86%) en iedereen voelt zich (enigszins) gesteund door hun collega's. Binnen de organisatie is meestal duidelijk iemand aan te wijzen die enthousiast is over Triple P en dit ook uitdraagt, en ook heeft bijna elke instelling een contactpersoon die contact heeft met de regionale coördinator van Triple P. Het gemiddelde rapportcijfer dat men gaf voor de inbedding van Basiszorg Triple P binnen de instelling was een 7.3, waarbij 80% boven de 7 scoort en 20% onder de 7. Bij al deze resultaten zagen we geen verschillen tussen de instellingen voor verslavingszorg en de reguliere instellingen voor opvoedhulp.

Vier van de 7 projectleiders waren zelf ook regionale coördinator van Triple P (alle niveaus). De 3 overigen is gevraagd of zij met hun vragen terecht konden bij de regionale coördinator. Het resultaat hiervan is niet zo positief. Twee van hen geven als rapportcijfer een 5, de derde geeft een 7.

4.2.3. *Persoonlijke kenmerken*

De meesten beroepskrachten (84%) vinden dat ze de methode goed of gedeeltelijk hebben eigen gemaakt. Ook geeft het merendeel (76%) aan zich betrokken te voelen bij de invoering van Basiszorg Triple P binnen de instelling. Bijna iedereen (96%) geeft aan te 'geloven' in de methode en staan dus achter wat ze doen. Een aanzienlijk deel (44%) zou wel meer vertrouwen in zichzelf willen hebben in het toepassen van de methode, 16% twijfelt hier nog over en 40% zegt wel vertrouwen in zichzelf te hebben. Het gemiddelde rapportcijfer is een 7.3, waarbij 80% boven de 7 scoort en 20% onder de 7. We zagen hierbij geen verschillen tussen de instellingen voor verslavingszorg en de overige instellingen.

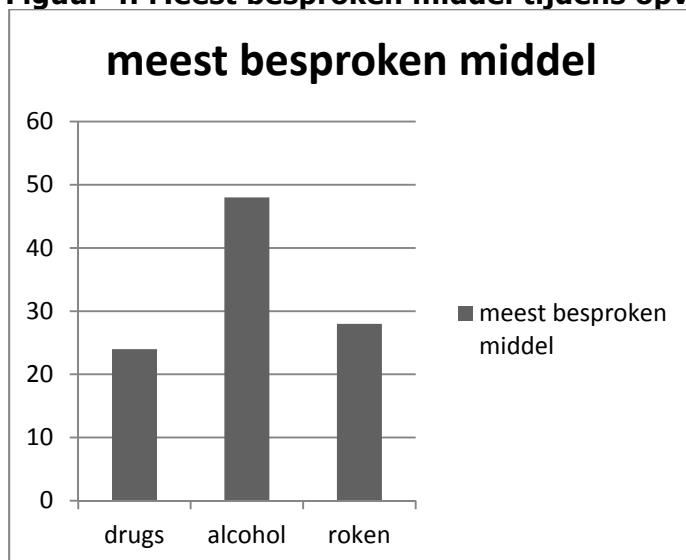
De projectleiders voelen zich allemaal betrokken bij de invoering van Basiszorg Triple P tieners en 'geloven' allemaal in de methode. Ook zijn ze bijna allemaal, op 1 na, getraind in de methodiek. Ze geven aan voldoende tijd aan de invoering van Basiszorg Triple P te hebben besteed. Gemiddeld geven ze ruim een 8 voor de eigen persoonlijk kenmerken bij de uitvoering van deze interventie.

4.2.4. *Middelengebruik*

Middelengebruik bij tieners is een onderwerp dat vaak aan de orde kwam tijdens de hulp: 52% van de beroepskrachten geeft aan dat het thema vaak of meestal aan bod kwam, 24% geeft aan dat dit soms gebeurde en 24% meestal niet. Zoals te verwachten kwam bij de instellingen voor verslavingszorg het thema middelengebruik vaak aan bod, terwijl dit bij de overige instellingen ook vaak niet of soms gebeurde.

Het merendeel (60%) geeft aan dat dit onderwerp niet lastig is om te bespreken. Zij vinden dat ouders wisselend op de hoogte zijn van het middelengebruik van hun tiener. Op de vraag of Basiszorg Triple P een bijdrage levert aan het verminderen van middelengebruik, antwoordt 68% 'soms' en 32% geeft aan dat dit meestal wel zo is. In de volgende figuur is te zien welk middel het meest besproken is.

Figuur 4. Meest besproken middel tijdens opvoedhulp



4.2.5. *Intervisiebijeenkomsten*

Het merendeel, namelijk 96%, van de beroepskrachten is wel eens bij een intervisiebijeenkomst geweest. Hoewel de meesten (67%) vonden dat de intervisie een meerwaarde betekenden, gaf 33% aan dit minder te vinden. Over het algemeen vond men dat de problemen die menervaarde goed werden opgepakt. Het gemiddelde cijfer dat men gaf was een 7, waarbij 71% een 7 of 8 scoorde en 29% een 5 of 6.

Op de vraag wat de professional nog miste tijdens de intervisiebijeenkomsten, gaven 10 personen een antwoord. Daaruit blijkt dat deze beroepskrachten de intervisiebijeenkomsten soms te rommelig, ongestructureerd, te sturend, te controlerend vonden. Voor anderen vonden de Triple P intervisie bijeenkomsten naast de reguliere intervisiebijeenkomsten binnen de instelling plaats en vond men dat teveel.

4.2.6. *Bereik ouders*

Aanvankelijk was het voor de beroepskrachten moeilijk om ouders te bereiken. Dit is een algemeen probleem bij opvoedingsondersteuning aan ouders van tieners. Beroepskrachten van een aantal instellingen zien vooral de jongeren zelf en moeten extra moeite doen om ouders te spreken en te motiveren. Ouders zien vaak zelf ook geen opvoedprobleem. Het kan ook averechts werken in het contact met de jongeren als de professional de ouders erbij betreft. Het kan dan de vertrouwensband schaden tussen de professional en de jongere. Bij de instellingen voor verslavingszorg is het vaak dat ouders alleen advies willen over het middelengebruik van de jongeren en niet zozeer met een opvoedprobleem naar de instelling komen. Indien de professional wel van mening is dat er een opvoedprobleem aanwezig is, kost het soms moeite om de ouders te motiveren hiervoor. Ook was bij sommigen de ervaring dat ouders pas als er grote problemen zijn naar de instelling toe komen.

De beroepskrachten hebben meerdere activiteiten ondernomen om ervoor te zorgen dat Basiszorg Triple P onder de aandacht bij collega's binnen de instelling, instellingen in de omgeving. Met name scholen zijn regelmatig benaderd om ouders te werven, waarbij tijdens oudervoorlichtingsavonden of oudercursussen op school informatie over Basiszorg

Triple P werd verstrekt. Ook is een folder gemaakt, die kon worden ingezet om ouders te informeren. Daarnaast zijn er artikelen in schoolkranten verschenen, themabij- en informatiebijeenkomsten over opvoeden georganiseerd om ouders over dit specifieke aanbod te informeren, informatie via websites verspreid. De mogelijkheden hiervoor zijn besproken tijdens de intervisiebijeenkomsten. Daaruit bleek dat de beroepskrachten ook behoefte hadden aan een soort verwijssysteem, zodat doorverwezen kan worden naar de diverse niveaus van Triple P.

Door al deze activiteiten verliep de werving van ouders voor dit aanbod sneller, al zal het altijd aandacht behoeven om ouders hierover te benaderen. De projectleiders geven aan dat het tijd nodig heeft om Basiszorg Triple P voor ouders van tieners onder de aandacht te brengen.

4.2.7. Criteria voor deelname

De Triple P methodiek geeft geen strikte criteria aan waaraan de ouders moeten voldoen om in aanmerking te komen voor Basiszorg Triple P. De algemene richtlijn is dat *het ouders zijn met beginnende opvoedingsproblemen of zorgen over de ontwikkeling van hun kind*. De professional zelf wordt geacht dit goed te kunnen beoordelen. Daarom vroegen we aan de beroepskrachten welke criteria zij belangrijk vonden.

In de volgende tabel staan de antwoorden weergegeven.

Tabel 15. Criteria die de beroepskrachten belangrijk vinden voor deelname ouders

CRITERIUM	NIET BELANGRIJK – NEUTRAAL	EEN BEETJE BELANGRIJK – ERG BELANGRIJK
Ouder zoekt zelf hulp	8%	92%
Gedragsprobleem kind is mild tot ernstig	16%	84%
Gedragsprobleem kind is in afgelopen 6 mnd ontstaan	20%	80%
Gezins situatie is redelijk stabiel	20%	80%
Anders, namelijk: motivatie van ouders om mee te werken, zelfinzicht	Op deze open vraag naar andere criteria werd dit door 7 beroepskrachten nog genoemd	

4.2.8. Voortzetting na de pilotperiode

Tot slot is aan de beroepskrachten gevraagd of of ze na de pilot periode verder zouden gaan met Basiszorg Triple P. Iedereen, op 1 persoon na, zegt dit inderdaad te gaan doen. Men is vooral tevreden over de gestructureerde evidence-based aanpak die Basiszorg Triple P biedt. Een knelpunt is voor een aantal wel de tijdsinvestering die het kost, omdat 4 sessies met ouders niet altijd mogelijk is. Het merendeel (76%) heeft er vertrouwen in dat Triple P structureel zal worden ingebed binnen de organisatie. Niet iedereen heeft hier zelf invloed op. Op de vraag of er factoren zijn die de uitvoering van Basiszorg Triple P in de toekomst belemmeren, antwoordde 64% hier bevestigend op. Daarbij werd het vaakst genoemd dat het lastig is om ouders van tieners te bereiken. Een punt dat bij de *Bereik ouders* ook is besproken.

De projectleiders willen allen ook in de toekomst de Basiszorg Triple P voortzetten binnen hun instelling. De reden om dit voort te zetten zijn de positieve ervaringen die

zowel beroepskrachten als ouders met de methode hebben. Wel heeft de implementatie nog aandacht om het niet te laten verslappen. Maar men is er ook van overtuigd dat de interventie structureel zal worden ingebed in de instelling. De meesten, op 1 persoon na, heeft hier ook invloed op.

4.2.9. *Conclusie*

De implementatie van Basiszorg Triple P is goed verlopen, al ging het begin moeizaam. De meeste beroepskrachten hadden problemen met de duur van de interventie, die veel langer was dan oorspronkelijk was bedoeld. Ook vond men het moeilijk om de interventie precies zoals in de handleiding staat beschreven, uit te voeren. Het kostte een aantal beroepskrachten ook veel inspanningen om de methode onder de knie te krijgen. Over de intervisie was men niet altijd tevreden.

De werving van ouders bleek een knelpunt. Oorzaak hiervan was, ten eerste, dat een aantal beroepskrachten voornamelijk de jongeren zagen en extra moeite moesten doen om ook de ouders te benaderen. Ten tweede bleken ouders niet altijd een opvoedprobleem te hebben, omdat het gedrag van de jongeren voorop stond. Toch lukte het alle beroepskrachten om genoeg ouders te werven die gemotiveerd waren om Basiszorg Triple P te ontvangen. Een groot deel van de beroepskrachten (76%) vond het lastig om middelengebruik te bespreken. Toch heeft een groot deel dat wel gedaan en zien we ook dat de Tipsheets over Alcohol, roken en drugsgebruik regelmatig zijn gebruikt tijdens de hulp.

Met een verlenging van 6 maanden voor de instroom van de ouders is de implementatie succesvol verlopen. Basiszorg Triple P past binnen het instellingsbeleid, de beroepskrachten en projectleiders staan achter de methode en bijna iedereen geeft aan Basiszorg Triple P voort te zetten na afloop van de pilot. Wel dient aandacht voor de implementatie aanwezig te blijven, omdat door de wervingsproblemen er een risico is dat het weer inzakt. Er was bij dit alles geen onderscheid tussen de instellingen voor verslavingszorg en de reguliere instellingen voor opvoedhulp. Ook de implementatie binnen de instellingen voor verslavingszorg voor wie het geven van individuele opvoedingsondersteuning nieuw was, is succesvol verlopen. Omdat ouders vaak met een vraag over middelengebruik bij deze instellingen terecht kwam, moesten deze professionals vaak deze specifieke middelengebruik vraag, samen met de ouders, ombuigen naar een opvoedvraag van de ouders. Het blijkt een meerwaarde voor de instellingen voor verslavingszorg om dit aanbod aan ouders te kunnen bieden.

5. Conclusies en aanbevelingen

5.1. Conclusies

Effecten van Basiszorg Triple P op het probleemgedrag van de tiener, opvoedvaardigheden en competentiegevoel ouders

Dit onderzoek laat zien dat Basiszorg Triple P heeft geleid tot verbetering van de opvoedvaardigheden van ouders en vermindering van het probleemgedrag van tieners. Bij de tieners zijn de emotionele en gedragsproblemen afgenomen. Dit zijn echter wel kleine effecten. Bij de ouders is een afname op toegeeflijkheid, overreageren en een toename in hun competentiegevoel (eigen effectiviteit en tevredenheid) gevonden. Dit zijn middelgrote effecten. Het is aannemelijk dat eerst de opvoedingsvaardigheden verbeteren en vervolgens de gedragsproblemen van de tieners. Wellicht dat na verloop van tijd de gedragsproblemen van de tieners nog meer verbeteren. Om dit aan te kunnen tonen is verder onderzoek nodig met meerdere meetmomenten over een langere periode. Vergelijkbare resultaten worden gevonden in eerder onderzoek naar Triple P tieners (niveau 4) in Australië. Hier worden positieve effecten gezien op overreageren, toegeeflijkheid, ouderlijk competentiegevoel en gevoelens van stress in de opvoeding. Daarnaast rapporteren de ouders minder probleemgedrag bij hun tieners na het volgen van de interventie (Ralph & Sanders, 2003; Ralph & Sanders, 2006). Ouders en tieners profiteren extra van Basiszorg Triple P wanneer er sprake is van klinische problematiek. Opvallend is dat een grote groep ouders (25%) vooraf klinische problemen rapporteerden, zowel bij het probleemgedrag van hun kind als bij de eigen opvoedingsstijlen, en dat dit na afloop van de interventie significant was verbeterd. Een reden hiervoor kan zijn dat ouders van tieners pas om hulp vragen als de problematiek al ernstig is. Ook blijkt hieruit dat een minimale interventie als Basiszorg Triple P geschikt kan zijn voor meer ernstige problematiek, waar intensievere hulp eigenlijk voor in aanmerking komt. Basiszorg Triple P is dan kosteneffectiever dan intensievere hulp.

Effecten op middelengebruik tiener, kennis middelengebruik van ouders, kwaliteit van de communicatie

Het onderzoek laat positieve effecten zien op de middelenspecifieke opvoeding van ouders en op het middelengebruik van hun kind. Bij de jongeren zien we een significante afname van het gebruik van tabak, alcohol en drugs. Dit is opmerkelijk, omdat middelengebruik op deze leeftijd vaak juist toeneemt. Voor wat betreft de middelspecifieke opvoeding blijkt dat de kwaliteit van de communicatie tussen ouders en hun kinderen over alcoholgebruik significant is verbeterd en ouders meer het gevoel hebben dat het stellen van regels ten aanzien van het roken van hun tiener zin heeft. Bij de overige schalen (Eigen effectiviteit opvoeding bij alcoholgebruik, Kennis over middelengebruik van hun kind en Eigen effectiviteit opvoeding bij druggebruik), zien we wel positieve veranderingen, echter niet significant. Triple P tieners (niveau 4) is niet eerder onderzocht in combinatie met een aanvullende training voor beroepskrachten op het gebied van middelengebruik en middelspecifieke opvoedingsstrategieën. Er zijn ook geen studies naar Triple P tieners (niveau 4) waar het gebruik van genotmiddelen is mee genomen in de analyses (Ralph & Sanders, 2003; Ralph & Sanders, 2006). Eerdere resultaten over het effect van Triple P op het middelengebruik van tieners zijn dus niet bekend. De positieve effecten op middelengebruik die zijn gevonden in deze studie kunnen in vervolgonderzoek nader worden onderzocht. Uit onderzoeken over de opvoedfactoren die kunnen samenhangen met het gebruik van middelen bij tieners, blijken bijvoorbeeld een inadequate monitoring en een positieve attitude van ouders ten opzichte van middelen, ook sterke voorspellers te zijn voor het gebruik van middelen (Abar & Turrisi, 2008; Irvine et al., 1999; Van der Vorst et al., 2005; Yu, 2003; Van der

Zwaluw, 2008). Deze opvoedfactoren worden in dit onderzoek niet getoetst. Het is echter goed mogelijk dat door Triple P ook de monitoring en de attitude van ouders ten opzichte van middelen worden beïnvloed. Dit zou in vervolgonderzoek getoetst kunnen worden.

Implementatie van Basiszorg Triple P binnen de reguliere opvoedhulp

Basiszorg Triple P tieners is uitstekend te implementeren binnen de reguliere opvoedhulp. Het grootste knelpunt bij de uitvoering was de werving van ouders, die aanvankelijk moeizaam verliep. De meeste reguliere instellingen die deelnamen aan deze pilot hebben Triple P tieners in hun structurele aanbod opgenomen. De implementatie van het totale Triple P programma vindt al vanaf 2006 in Nederland plaats. In vele gemeenten worden de interventies voor ouders van jonge kinderen (0-12 jaar) al uitgevoerd. Met Basiszorg Triple P tieners is voorzien in een aanvullend aanbod op het bestaande aanbod Triple P voor ouders van jonge kinderen (0-12 jaar). Het invoeren van alle Triple P interventies in een regio of gemeente heeft als voordeel dat een doorgaand aanbod voor ouders die vragen of problemen hebben, is geborgd. Dit zorgt voor een warme overdracht tussen professionals. Op deze manier krijgen ouders steeds op dezelfde wijze ondersteuning en kan een doorverwijzing gemakkelijker plaats vinden.

Implementatie van Basiszorg Triple P binnen de instellingen voor verslavingszorg

Basiszorg Triple P tieners is positief ontvangen door de deelnemende instellingen voor verslavingszorg. Voor deze instellingen was het nieuw om een individuele interventie opvoedingsondersteuning aan ouders te bieden. Het is opvallend dat professionals uit de reguliere opvoedhulp en instellingen voor verslavingszorg vergelijkbaar scoren op de gemeten implementatiekenmerken. Bij aanvang is er aandacht besteed aan het feit dat ouders vaak bij de verslavingszorg terecht komen met een vraag over het middelengebruik van hun tiener en niet zozeer met een opvoedingsvraag. Het vereiste van de beroepskrachten bepaalde vaardigheden om te beoordelen of er achter de vraag over middelengebruik een opvoedingsvraag van de ouders aanwezig is. Gezien het aantal ouders die van de interventie aangeboden door de instellingen voor verslavingszorg gebruik maakten, kunnen we concluderen dat Basiszorg Triple P goed past bij de verslavingszorg. Basiszorg Triple P sluit goed aan bij de algemene tendens binnen de instellingen voor verslavingszorg van universele preventie naar selectieve preventie. Aangezien middelengebruik bij veel jongeren voorkomt en ouders ter voorkoming en vermindering van het gebruik een belangrijke rol spelen, is het bieden van individuele opvoedhulp binnen de verslavingszorg een belangrijke aanvulling op het huidige aanbod.

5.2. Aanbevelingen

1. Opnemen van middelenspecifieke opvoedingsstrategieën binnen de reguliere opvoedhulp

Aan deze pilot hebben zowel reguliere instellingen voor opvoedhulp als instellingen voor verslavingszorg deel genomen. De reguliere instellingen voor opvoedhulp kregen voorafgaand aan de uitvoering een extra training over middelspecifieke opvoeding. Het belang om binnen bestaande gezinsinterventies gebruik te maken van de kennis betreffende effectieve rook- en alcoholspecifieke opvoeding wordt benadrukt door Van der Vorst en anderen (2010). Zij benadrukken dat binnen algemene opvoedingsprogramma's ouders opvoedingsvaardigheden worden aangeleerd, die soms tegenstrijdig kunnen zijn met opvoedingsstrategieën om middelengebruik te voorkomen of te verminderen. Effectieve opvoedingsstrategieën om middelengebruik op jonge leeftijd te voorkomen zoals het hanteren van strenge regels en het verbieden van

alcoholgebruik tot een bepaalde leeftijd, moeten gecombineerd worden met de algemene opvoedingsadviezen om open met je kind te communiceren en autonomie te geven aan je kind. We bevelen aan om behalve de training over Triple P ook een training over middelengebruik en middelenspecifieke opvoeding aan te bieden.

2. Brede implementatie van Basiszorg Triple P binnen de instellingen voor verslavingszorg

Basiszorg Triple P blijkt goed te passen bij de beroepskrachten binnen de verslavingszorginstellingen. Tijdens deze pilot waren 4 instellingen voor verslavingszorg betrokken, waarbij 9 beroepskrachten zijn getraind. Dit is nog een heel klein deel van alle instellingen voor verslavingszorg in Nederland. Daarom dient een implementatieplan gemaakt te worden om Basiszorg Triple P, en wellicht ook de interventies op niveau 1 en 2 van Triple P, binnen de verslavingszorg te implementeren.

3. Aandacht blijven besteden aan de werving van ouders

De werving van ouders behoeft blijvende aandacht, anders is de kans groot dat na deze pilot weer minder gebruik wordt gemaakt van dit aanbod. Dit geldt zowel voor de reguliere instellingen voor opvoedhulp als voor de instellingen voor verslavingszorg. Dit betekent dat binnen de managers binnen de instellingen dit op de agenda (blijven) zetten om specifieke acties hiervoor uit te zetten, zoals scholen benaderen, een folder verspreiden (zie ook bij 2.6).

4. Opname van Basiszorg Triple P met aandacht voor deskundigheidsbevordering over middelengebruik binnen de Centra voor Jeugd en Gezin

Basiszorg Triple P voor ouders van jonge kinderen wordt binnen veel Centra voor Jeugd en Gezin inmiddels aangeboden. Basiszorg Triple P voor ouders van tieners is een aanvulling binnen het aanbod van de Centra voor Jeugd en Gezin. Door specifieke aandacht voor opvoeding omtrent alcohol, roken en cannabis binnen dit aanbod te realiseren, ontstaat er een aanvullend aanbod opvoedingsondersteuning binnen de Centra voor Jeugd en Gezin. Onlangs is ook een training deskundigheidsbevordering middelengebruik binnen het project Roken, Alcohol, Cannabis & Opvoeding voor de beroepskrachten van de Centra voor Jeugd en Gezin ontwikkeld. Met dit aanbod, Basiszorg Triple P en de deskundigheidsbevordering, hebben de Centra voor Jeugd en Gezin een middelenspecifieke aanbod voor opvoedingsondersteuning in de organisatie ingebed. Een bredere implementatie van dit beider aanbod binnen de Centra voor Jeugd en Gezin dient nog gemaakt te worden.

5. Basiszorg Triple P kan mogelijk ook ingezet worden bij meer ernstige problemen

De resultaten uit deze pilot geven aan dat Basiszorg Triple P ook ingezet kan worden bij ouders die ernstige problematiek bij hun kind rapporteren en/of de eigen opvoedingsstijl in het klinisch gebied scoren. Deze ouders komen aanvankelijk eerder in aanmerking voor meer intensieve, en duurdere, ondersteuning. Een goede beoordeling van de beroepskracht is hierbij heel belangrijk, omdat dit niet voor alle ouders die ernstige problematiek aangeven, zal gelden. Een voordeel van implementatie van het totale Triple P programma in een regio of gemeente is dat er een doorgaande lijn kan plaatsvinden. Als blijkt dat een ouder na de kortdurende hulp van Basiszorg Triple P meer ondersteuning nodig heeft, kan de ouder worden doorverwezen naar een intensievere vorm van Triple P (bijvoorbeeld de groeps cursus of individuele hulp op niveau 4). Het voordeel is dat de ouder op eenzelfde wijze wordt geholpen. Als blijkt dat de kortdurende hulp voldoende is geweest voor de ouder, is de ouder sneller en goedkoper geholpen.

6. Vervolgonderzoek

De effectmeting tijdens deze pilot laat de eerste resultaten zien, die veelbelovend zijn. Vervolgonderzoek is nodig om de effecten van Basiszorg Triple P aan te tonen. Middels een effectstudie met een controlegroep kunnen eventuele effecten worden aangetoond. Pas dan komt de interventie in aanmerking voor opname in de databank effectieve interventies van het Nederlands Jeugdinstituut als bewezen effectieve interventie.

Een vervolgstudie met nametingen over een langere periode strekt daarbij tot aanbeveling. Redelijkerwijs kan van een onderzoek met een nameting kort na de interventie slechts kleine effecten verwacht worden op het gedrag van de jongere, aangezien aannemelijk is dat eerst de opvoedingsvaardigheden van ouders veranderen en dan pas het gedrag van de jongere zelf. Het is aan te bevelen dat in vervolgonderzoek ook het middelengebruik betrokken wordt, de uitkomstmaten die in dit onderzoek zijn gehanteerd kunnen daarbij verder aangescherpt worden. Tenslotte wordt aanbevolen om in een vervolgstudie speciale aandacht te besteden aan de groep ouders die voorafgaand aan de interventie klinische problematiek rapporteren, hetzij ten aanzien van het probleemgedrag van hun kind ofwel de eigen opvoedingstijl. Er is bijvoorbeeld meer inzicht nodig in de mate waarin de interventie bij klinische problematiek voldoende kan zijn of dat er alsnog een beroep wordt gedaan op ander aanbod. Dit is van belang vanuit het perspectief van kosteneffectiviteit.

Literatuur

- Abar, C., & Turrisi, R. (2008). How important are parents during the college years? A longitudinal perspective of indirect influences parents yield on their college teens' alcohol use. *Addictive Behaviors, 33*, 1360- 1368.
- Ary, D. V., Duncan, T. E., Biglan, A., Metzler, C. W., Noell, J. W., & Smolkowski, K. (1999). Development of adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 27*, 141-150.
- Bahr, S.J., Hoffmann, J.P., Yang, X. (2005). Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use. *The Journal of Primary Prevention, 26*, 529-551.
- Blokland, G. (2007). *Triple P: positief pedagogisch programma*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Coleman, P. K., & Karraker, K. H. (1997). Self-efficacy and parenting quality: findings and future applications. *Developmental Review, 18*, 47-85.
- Currie, C., Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D. (2008). *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/2006 Survey*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe.
- Dorsselaer, S, van, Looze, M. de, Vermeulen-Smit, E., Roos, E. de, Verdurmen, J., Bogt, T. ter, Vollebergh, W. (2010). HBSC 2009. Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht, Trimbos-instituut, Universiteit Utrecht, Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Engels, R.C.M.E., Willemsen, M. (2004). Communication about smoking in Dutch families: Associations between anti-smoking socialization and adolescent smoking-related cognitions. *Health Education Research, 19*, 227-238.
- Graaf, I. de, Speetjens, P., Smit, F., Wolff, M. de, & Tavecchio, L. (2008). Effectiveness of the Triple P positive parenting program on behavioral problems in children: a meta-analysis. *Behavior Modification, 32*, 714-735.
- Graaf, de, I., Bohlmeijer E. (2006). Triple P: Positief Pedagogisch Programma. Opvoedingsondersteuning ter preventie van (ernstige) gedragsproblemen bij kinderen. Proces-evaluatie. Trimbos-instituut.
- Harakeh, Z., Scholte, R. H., De Vries, H., & Engels, R. C. M. E. (2005). Parental rules and communication: Their association with adolescent smoking. *Addiction, 100*, 862-870.
- Monshouwer, K. (2008). *Welcome to the house of fun: epidemiological findings on alcohol and cannabis use among Dutch adolescents*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- O'Leary, S. G., Smith-Slep, A. M., & Reid, M. J. (1999). A longitudinal study of mothers' overreactive discipline and toddlers' externalizing behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 27*, 331-341.

- Piko, B.F. (2006) . Adolescent smoking and drinking: The role of communal mastery and other social influences. *Addictive Behaviors, 31*, 102-114.
- Ralph, A., M. Sanders (2003). Preliminary evaluation of the Group Teen Triple P program for parents of teenagers making the transition to high school. *Group & Family Therapy (3313)*.
- Ralph, A., & Sanders, M. R. (2006). The 'teen Triple P' positive parenting program: a preliminary evaluation. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice, 282*, 1-6.
- Verdurmen, J., Smit, E., Dorsselaer, S. van, Monshouwer, K. & Schulten I. (2008). Ouders over alcohol-, roken- en drugspecifieke opvoeding 2007. Kernegegevens uit het Peilstationsonderzoek Ouders. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Verdurmen, J., Smit, E., Dorsselaer, S. van, Monshouwer, K. & Schulten I. (2008). Ouders over alcohol-, roken- en drugspecifieke opvoeding 2007. Kernegegevens uit het Peilstationsonderzoek Ouders. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vorst, H. van der, Engels, R. C. M. E., Meeus, W., Dekovic, M., & Leeuwe, J. van, (2005). The role of alcohol-specific socialization in adolescents' drinking behavior. *Addiction, 100*, 1464-1476.
- Vorst, van der, H., Engels, R.C.M.E., Dekovic, M., Meeus, W., Verhulst, A.(2007). Alcohol-specific rules, personality and adolescents' drinking behaviour. *Addiction, 100*, 1465-1476.
- Wood, M.D., Read, J.P., Mitchell, R.E., & Brand, N.H. (2004). Do parents still matter? Parent and peer influences on alcohol involvement among recent high school graduates. *Psychology of Addictive Behaviors, 18*, 19-30.
- Yu, J. (2003). The association between parental alcohol-related behaviors and children's drinking. *Drug and Alcohol Dependence, 69*, 253-262.
- Zwaluw, C. S. van der, Scholte, R. H. J., Vermulst, A. A., Buitelaar, J. K., Verkes, R. J., & Engels, R. C. M. E.(2008). Parental problem drinking, parenting, and adolescent alcohol use. *Journal of Behavioral Medicine, 31*, 189-200.



In het kader van de campagne Roken, Alcohol, Cannabis & Opvoeding van het Trimbos-instituut is, in samenwerking met Stivoro en regionale partners, een pilotstudie naar Basiszorg Triple P uitgevoerd. Basiszorg Triple P is opvoedingsondersteuning voor ouders met beginnende opvoedingsproblemen of zorgen over de ontwikkeling van hun kind.

Omdat veel tieners gaan experimenteren met roken, alcohol en drugs en ouders een belangrijke rol in het voorkomen of verminderen van middelengebruik kunnen hebben, heeft dit een prominente rol in deze pilot gekregen. Zo zijn beroepskrachten van instellingen voor verslavingszorg in Basiszorg Triple P getraind en zijn de reguliere instellingen voor opvoedhulp, behalve in Basiszorg Triple P, ook getraind in middelenspecifieke opvoedingsstrategieën.

Basiszorg Triple P tieners laat in de pilot significante positieve effecten op kindgedrag, opvoedingsvaardigheden zien. Ook toont het onderzoek positieve effecten op de middelenspecifieke opvoeding van ouders en op het middelengebruik van hun kind. De implementatie van Basiszorg Triple P tieners is succesvol verlopen en het wordt aanbevolen om Basiszorg Triple P breed te implementeren. Belangrijk hierbij is om aandacht te besteden aan de middelenspecifieke opvoedingsstrategieën voor de reguliere instellingen voor opvoedhulp. Dat het aanbod goed past binnen de instellingen voor verslavingszorg is een succesvol resultaat. Deze instellingen boden tot op heden vooral universele preventieprogramma's gericht op ouders en maken hiermee een overgang naar meer intensievere hulp, dat past bij de vragen en problemen die ouders hebben. Een bredere implementatie van Basiszorg Triple P binnen de verslavingszorg instellingen vereist wel extra aandacht.